FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 Janvier 1910, à 1 heure

PAR

Adrien AUGIER

Né à Rambouillet le 8 septembre 1884

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Prostatectomie Transvésicale

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges { MM. BLANCHARD, *professeur*
RECLUS, *professeur*
MARCEL LABBÉ, *agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Editeur

15, Rue Racine, 15

1910

36782

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LORPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ***aucune approbation*** *ni improbation.*

121

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage filial.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Prostatectomie transvésicale

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude aux maîtres dont l'enseignement et les conseils nous ont rendu les débuts faciles et l'étude agréable.

A l'Ecole de médecine d'Angers nous devons toute notre reconnaissance : tout particulièrement à M. le Dr Legludic, directeur de l'école, qui fut pour nous plus qu'un maître écouté et vénéré ; à MM. les Drs Charier, Jagot, Mâreau, Martin, Monprofit, Motais, Papin, Tesson, Thibault, Turlais qui ont largement contribué à notre instruction médicale.

Nous remercions tout spécialement notre maître le Dr Brin qui nous a inspiré l'idée de ce travail, nous en a fourni les éléments, nous a aidé de ses

conseils dans son exécution et dont l'influence est partout présente dans cette étude.

Nous n'oublions pas non plus les excellents maîtres que nous avons rencontrés à l'hôpital du Mans et nous adressons à M. le Dr Mordret dont nous fûmes l'interne, à MM. les Drs Delagenière, Dieu, Drouin et Mélisson l'hommage de notre reconnaissant souvenir.

Nous prions enfin M. le professeur Segond qui nous fait le très grand honneur de présider cette thèse, de vouloir bien agréer l'expression de notre très respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

La prostatectomie transvésicale, opération relativement récente, souleva dès son apparition la désapprobation du monde médical. Soit qu'elle fut confondue avec d'autres opérations (méthode de Mac Gill, méthode de Füller) qui, jusqu'alors, s'étaient montrées insuffisantes ou complexes, soit qu'étant donnés les grands délabrements apparents qu'elle entraînait, elle fut jugée dangereuse, soit qu'elle fut même considérée comme impossible, elle fut, à son début, l'objet des critiques acerbes d'une grande partie du corps chirurgical.

Mais avec le temps, un revirement complet s'est accompli dans les esprits ; le nombre considérable des observations des malades de Freyer, ses brillantes statistiques ont imposé sa méthode.

D'abord utilisée presque uniquement par les chirurgiens anglo-américains, la voie transvésicale tend de jour en jour à prendre le droit de cité sur le continent ; partout où la méthode de Freyer est employée, elle va de succès en succès. Cependant certaines régions, celle de l'Anjou en particulier, paraissent encore réfractaires et nous avons cru utile de rapporter, comme contribution à l'étude de

la prostatectomie transvésicale, les vingt-deux observations que nous devons à l'obligeance de notre maître le Dr Brin.

Nous devrions d'abord plaider la légitimité de l'extirpation de la prostate. Nous considérons que la chose est jugée et que, aujourd'hui, enlever une prostate à un rétentionniste, est un acte non seulement défendable, mais obligatoire dans une foule de cas. Nous nous contenterons d'exposer le meilleur mode d'opération qui, pour nous comme pour la plupart, est la prostatectomie suspubienne.

Sans doute, on opérera encore, et avec raison, par la voie périnéale, mais beaucoup de cas seront justiciables de la transvésicale et, sans chercher à amoindrir l'une aux dépens de l'autre, il sera profitable, par comparaison des résultats obtenus par les deux techniques, de déterminer dans la mesure du possible, étant donné tels cas, quelle méthode employer.

Laissant de côté tous les vieux moyens, nous rappellerons seulement en quelques mots, les interventions atrophiantes et l'opération de Bottini, nous étudierons plus complètement la prostatectomie périnéale et nous verrons les différentes étapes qu'à parcourues la prostatectomie transvésicale. Nous décrirons cette opération, en faisant précéder cette description d'un aperçu anatomique de la région prostatique et des données anatomo-pathologiques qui ont conduit Freyer à la conception de sa méthode. Dans les chapitres suivants, nous parlerons

des résultats, des complications, des indications et contre-indications, des avantages de la sus-pubienne sur la périnéale. De plus, tout en observant dans ses grandes lignes la technique opératoire de Freyer, nous décrirons avec quelques détails les soins pré et post-opératoires à donner aux malades ; car plus que tous autres, ces malades, pour la plupart âgés et d'un état général souvent inquiétant, doivent être, avant et après l'opération, soigneusement observés, et si le chirurgien recueille tous les succès, il ne doit pas oublier qu'il en est redevable pour une grande part au personnel hospitalier auquel, une fois opéré, il aura confié son malade.

Nous exposerons ensuite notre statistique, en la faisant suivre de notre série de vingt-deux observations. Nous avons résolu de parti pris de supprimer tout ce qui a trait à la bibliographie ; on a tant écrit sur ce sujet au cours de ces dernières années, qu'il est impossible de recueillir tout ce qui a été dit sur la question, et les bibliothèques que nous avons à notre disposition sont insuffisantes pour faire une bibliographie complète. Nous nous contenterons, dans le cours des chapitres qui vont suivre, de citer les noms des principaux auteurs qui ont étudié la prostatectomie en général, et la suspubienne en particulier.

HISTORIQUE

Le nombre même des procédés employés pour lutter contre l'hypertrophie prostatique, montre assez leur peu d'efficacité. Nous allons essayer de faire voir les différentes tentatives qui précédèrent l'apparition des deux méthodes d'extirpation totale, aujourd'hui définitives, la périnéale et la suspubienne. L'aperçu historique que nous allons entreprendre n'est pas conçu suivant un ordre chronologique ; sans tenir compte des dates, nous avons classifié les différents procédés employés en les divisant comme suit :

1° Opérations atrophiantes ; 2° procédé de Bottini ; 3° prostatectomie périnéale : *a*) partielle ; *b*) mixte ; *c*) totale ; 4° prostatectomie suspubienne *a*) partielle ; *b*) mixte ; *c*) totale.

1 *Opérations atrophiantes.* — Persuadés que toute opération partielle ne pouvait donner que des résultats illusoires, et ne croyant pas encore à la possibilité d'une extirpation totale de la prostate, les chirurgiens, au lieu de s'attaquer directement à elle, s'inspirèrent de la physiologie et cherchèrent l'atrophie de la glande rebelle par la castration d'abord, puis par l'angio-neurectomie. Les résultats apparu-

rent assez bons, mais la statistique ne portait que sur un très petit nombre de malades. D'ailleurs à ce moment apparaissait la prostatectomie périnéale et la nouvelle arrivée ralliait tous les suffrages.

2° *Procédé de Bottini.* — Bottini, en 1876, avait imaginé un procédé de section galvano-caustique de la prostate. D'abord longtemps et vivement combattue, cette opération, grâce à Freudenberg (1897) qui par la publication de ses importants résultats et la modification instrumentale qu'il a imaginée, lui donna une grande extension, cette opération avait recueilli le plus de suffrages, avant l'apparition des deux méthodes de prostatectomie totale.

On détermine, par le toucher rectal et l'exploration de l'urètre et de la vessie, la forme de la prostate pour pouvoir décider du nombre, de l'orientation, de la longueur et de la profondeur des incisions que l'on projette. Puis la vessie distendue par l'air stérilisé, pour ne pas être accrochée et sectionnée par l'inciseur, on introduit à la façon d'un cathéter ordinaire l'inciseur de Bottini modifié par Freudenberg. L'inciseur arrivé dans la vessie, on le ramène au niveau de l'obstacle prostatique et on lance le courant. On ouvre, selon le cas, avec l'inciseur, une ou plusieurs gouttières dans la prostate, gouttières partant du col vésical et arrivant jusqu'à l'orifice externe du canal, prostatique, d'où dérivation d'urine, bouche permanente entre la vessie et l'urètre membraneux.

Malgré les très beaux résultats obtenus par cette méthode, elle ne pouvait être une méthode définitive

à cause des nombreuses et dangereuses complications qu'elle pouvait entraîner. La mortalité en effet est de 10 o/o, les échecs thérapeutiques de 8 o/o (mort par hémorragie opératoire, ou secondaire à la chute de l'escarre, par infection, abcès prévésical, phlébite péri-prostatique, septicémie générale, phlegmon urineux par lésion du canal membraneux).

3° *Prostatectomie périneale.* — a) *Partielle.* — Convaincu que la principale cause de la rétention était l'hypertrophie des lobes latéraux, Dittel, en 1890, chercha à en pratiquer la résection. Pour cela il se servait d'une incision commençant au niveau du sommet du coccyx, contournant en arc de cercle, du côté droit, l'anus et le sphincter externe, et aboutissant finalement au raphé périnéal. On pénètre par cette incision dans le creux ischio-rectal, on déplace latéralement le rectum après l'avoir séparé de la prostate dont les deux lobes latéraux apparaissent, puis on pratique une résection cunéiforme de ces lobes.

Là encore les résultats ne furent pas fameux ; sur 11 cas en effet, on trouve 3 fistules urétro-rectales et 1 urétro-périnéale.

D'autres auteurs : Küster, Schede, Socin, Pyle, cherchèrent à améliorer la méthode, mais sans grand succès.

b) *Mixte.* — En 1896, Alexander énucléait totalement la prostate, par une incision périnéale et indiquait aux chirurgiens une nouvelle voie d'accès. Mais cette nouvelle méthode était susceptible d'amé-

lioration. C'était encore une méthode mixte puisqu'elle nécessitait une plaie suspubienne, devant permettre au doigt introduit dans la vessie de pousser la prostate vers le périnée. Mais encore une fois c'était la première opération rationnelle et bien définie permettant d'énucléer totalement la prostate hypertrophiée.

c) *Totale.* — Proust et Gosset, à la suite d'études très approfondies sur le cadavre, établirent les bases d'une méthode de prostatectomie périnéale qu'en 1901 Albarran appliqua sur le vivant et qu'il contribua puissamment à répandre en France. Voici la technique de cette opération, la seule qu'on puisse mettre en parallèle au point de vue des résultats avec la prostatectomie transvésicale.

1° *Outillage.* — Il faut, pour mener à bien cette opération, un certain nombre d'instruments spéciaux nécessaires les uns pour agrandir le champ opératoire, les autres pour abaisser la prostate :

a) Une valve postérieure assez étroite et assez courte destinée à rétracter en masse le rectum et la peau et qui embrasse le coccyx dans sa concavité ;

b) Un écarteur antérieur à deux branches protégeant le bulbe et rapprochant la lèvre antérieure de la symphyse ;

c) Un désenclaveur, dont il existe un certain nombre de modèles, qui a pour rôle d'abaisser la prostate, remplaçant le doigt qu'on ne peut pas toujours introduire par la fente pratiquée sur l'urètre

prostatique dans le cas de prostates très volumineuses.

2° *Technique opératoire*. — Le malade, dont le rectum doit être libre et aussi aseptique que possible, est placé sur la table d'opération en position sacro-verticale ou position périnéale inversée.

Incision bi-ischiatique à deux travers de doigt au-devant de l'anus. Section du raphé superficiel ano-bulbaire. Le bulbe isolé est relevé en avant. On peut alors apercevoir un nœud fibreux qu'on sectionne en arrière du bulbe. Les releveurs apparaissent sur les côtés, la région bâille et laisse voir la clef de l'espace décollable, le muscle urétro-rectal. Ce muscle est sectionné en arrière de l'urètre membraneux. Dès lors, les doigts introduits entre le rectum et la prostate écartent largement l'un de l'autre ces deux organes. Le rectum est maintenu en arrière par la valve et la prostate apparaît largement découverte formant la paroi antérieure d'une vaste cavité, limitée en arrière par le rectum et sur les côtés par les releveurs de l'anus.

L'urètre membraneux reconnu grâce à la présence d'une sonde est incisé sur quelques millimètres à l'endroit exact où il se continue avec la prostate. Par cette brèche, on introduit le désenclaveur : la prostate est attirée et s'énuclée de la profondeur. On fend l'urètre prostatique sur 2 ou 3 centimètres et on commence la décortication de la glande. L'urètre est disséqué sur toute sa hauteur ; la prostate s'isole plus ou moins facilement de la vessie et n'est plus

retenue que par le pédicule déférent et la vésicule qui sont sectionnés et liés. Le lobe médian est accroché par le doigt introduit par la fente urétrale et accouché.

L'opération est terminée, on place une sonde par la brèche urétrale que l'on rétrécit par deux points. Deux drains sont placés dans la loge prostatique qui est, en outre, soigneusement tamponnée.

4° *Prostatectomie transvésicale*

a) *Partielle.* — Depuis longtemps la meilleure voie pour arriver sur la prostate avait semblé à beaucoup de chirurgiens être la voie transvésicale. Hunter (1785) et Home (1811) ayant montré le rôle du lobe médian dans la rétention, Amussat (1836) l'excisa au cours d'une taille pour calcul. Cette première tentative de prostatectomie partielle était tombée dans l'oubli, lorsque Dittel en 1885 la rénova et fut imité en Allemagne, sans que toutefois la méthode prit grande extension. Cette méthode, employée par Mac Gill en Angleterre (1887) reçut de lui une vive impulsion au point qu'il lui attacha son nom. Elle passa l'Océan et obtint d'assez grands succès entre les mains de Belfield (1888). Guyon l'expérimenta en France (1889), mais ne put que constater l'insuffisance du procédé. Vignard (de Nantes) qui fit de la prostatectomie transvésicale partielle

le sujet de sa thèse (1890) en arrive aux mêmes conclusions.

Voici en quelques mots en quoi consistait ce procédé :

Incision de la taille hypogastrique, longitudinale. La vessie ouverte, exploration de la prostate. S'il existe une barre prostatique transversale, on excise un fragment cunéiforme se prolongeant jusqu'à l'origine de l'urètre prostatique ; s'il s'agit d'un lobe médian pédiculé, on le résèque ; s'il est sessile, après dissection de la muqueuse, on l'énuclée au doigt, au bistouri, ou à la pince coupante comme une tumeur sessile de la vessie. Les lobes latéraux hypertrophiés sont incisés à leur base par un V ouvert au niveau du col.

Par ce procédé, l'obstacle siégeant à l'orifice du canal était seul levé ; la déformation du canal prostatique subsistait. Le succès ne pouvait être assuré que pour les cas exceptionnels où l'obstacle ne siégeait qu'au col.

b) *Mixte.* — Précédant de cinq ans l'apparition de la méthode de Freyer, la méthode de Füller qui est en réalité une méthode mixte puisqu'elle emploie la voie transvésicale pour l'extirpation et la périnéale pour le drainage est de ce fait une méthode complexe.

c) *Totale.* — Nous ne citerons que pour mémoire, en le plaçant avant la méthode de Freyer, bien qu'il n'en soit qu'une variante, le procédé de P. Duval qui tente de réunir par première intention l'urètr

et la vessie. Mais outre que ce procédé nécessite la large ouverture de la vessie pour pouvoir suturer l'urètre, l'unique cas que l'on puisse citer est insuffisant pour quel'on érige en méthode ce procédé d'exception.

Nous allons maintenant aborder l'étude de la prostatectomie transvésicale totale, de la méthode de Freyer qui seule désormais va nous occuper.

Ce qui frappe avant tout dans l'opération de Freyer c'est sa simplicité : pas d'instruments spéciaux comme dans la prostatectomie périnéale; pas de désenclaveurs, pas d'écarteurs particuliers ; un bistouri et les doigts, voilà tout l'outillage. La voie d'accès elle-même est des plus simples, les points de repère sautent aux yeux et il n'est pas besoin d'une dissection méticuleuse, pas d'organes importants à craindre. C'est en somme la simple incision de la taille hypogastrique que tout chirurgien a pratiquée.

La méthode semble tellement naturelle qu'on en vient presque à se demander comment il se fait qu'on ne l'ait pas tentée plus tôt. Cela tient à des considérations anatomiques et anatomo-pathologiques peu connues encore lorsque Freyer jeta sur elles une vive lumière et qui servirent de base à sa méthode.

Anatomie de la prostate normale

La prostate, embryologiquement glande paire et symétrique, forme par la réunion de ses deux lobes,

une sorte de cône à base dirigée vers la vessie et dont le sommet s'appuie sur l'aponévrose moyenne du périnée. A l'état normal, l'urètre traverse la glande au sortir de la vessie sur une longueur de 2 à 3 centimètres et vient se creuser une gouttière sur sa face antérieure.

La face antérieure qui présente un sillon médian rappelle que la prostate est le résultat de l'accolement de deux glandes symétriques ; mais ces deux glandes, ces deux lobes sont intimement unis l'un à l'autre.

Entre ces deux lobes et à la face postérieure s'insinuent les deux canaux éjaculateurs qui viennent déboucher dans l'urètre au sommet du veru montanum.

La face postérieure est séparée du rectum sur lequel elle repose par l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers.

La face antérieure en rapport avec le pubis en est séparée par les ligaments antérieurs de la vessie et le plexus de Santorini.

Les faces latérales ne sont séparées des releveurs de l'anus que par une dépendance aponévrotique de ces muscles qui s'attache, en avant sur le corps du pubis et en arrière sur la paroi latérale du rectum, formant ainsi l'aponévrose pubo-rectale. La prostate est ainsi contenue dans une loge à six faces en partie osseuse et en partie aponévrotique.

A la coupe, on voit que la glande est constituée

par un stroma musculo-conjonctif périphérique d'où partent des cloisons radiaires divisant la glande en un certain nombre de loges qui contiennent les éléments glandulaires et aboutissant au noyau central.

Telle est, brièvement, l'anatomie normale de la prostate. Voyons maintenant les transformations que l'hypertrophie va apporter dans les rapports de la glande avec les organes voisins et dans la constitution même de la prostate.

Anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique

La prostate qui, à l'état normal pèse 15 à 20 grammes, arrive à atteindre 150 et même 300 grammes. Cette hypertrophie peut porter sur la totalité de la glande, l'urètre ne subit alors aucune déviation, mais son calibre est régulièrement et circulairement comprimé. Le plus souvent, l'hypertrophie est plus marquée pour un lobe que pour l'autre, auquel cas le canal subit une incurvation latérale et sa lumière est aplatie.

En bas, la prostate rencontre en s'hypertrophiant le plan résistant de l'aponévrose périnéale moyenne qu'elle ne peut forcer ; et c'est du côté de la moindre résistance, c'est-à-dire du côté de la vessie que se fera l'accroissement glandulaire. Dans cette ascension de la glande, elle étire avec elle l'urètre prostatique qui subit de ce fait un allongement souvent

considérable allant jusqu'à 8 ou 10 centimètres ; d'où la nécessité chez certains prostatiques d'introduire la sonde jusqu'au pavillon, voire même d'employer des sondes spéciales pour pénétrer jusque dans la vessie.

La prostate refoulant la vessie, l'orifice vésical est soulevé ; il se produit un bas-fond en arrière de la glande, bas-fond qui s'évacue au début grâce à l'hyperthrophie compensatrice de la tunique musculaire de la vessie, mais qui augmente à mesure que la vessie perd de sa contractilité. Quand la vessie est devenue atone, elle ne réagit plus et se laisse distendre. Le malade n'a plus de mictions volontaires, il n'urine plus que par regorgement. Les orifices uretéraux, béants, laissent la porte ouverte à l'infection des voies urinaires supérieures.

La prostate peut également se développer du côté du rectum, dont elle n'est séparée à l'état normal que par l'apénovrose prostato-péritonéale de Denonvilliers. Il en résulte une compression du rectum amenant une constipation opiniâtre, nouvelle cause d'intoxication chez des malades dont les reins sont déjà insuffisants.

On peut observer de la compression du plexus sacré, d'où sciatique, et de la compression des troncs veineux du bassin, amenant l'œdème des membres inférieurs.

La forme la plus commune de l'hypertrophie sénile de la prostate est la dégénérescence adénomateuse ; qu'elle soit de nature néoplasique ou le résulta

d'une irritation inflammatoire chronique, son caractère essentiel est la prolifération des glandules prostatiques. Mais ce remaniement de la glande ne s'opère pas sans que son stroma musculo-conjonctif ne subisse lui aussi de profondes modifications.

Les lobules adénomateux ont refoulé vers la périphérie le stroma qui s'interposait entre eux et s'en sont fait une gangue fibreuse résistante. Entre l'élément glandulaire et le stroma, il existe donc un plan de clivage, mais un plan de clivage dans lequel il faut éviter de s'engager, car il ne permettrait que l'énucléation partielle d'un adénome. La coque prostatique et une partie de la glande hypertrophiée seraient conservées.

Le plan de clivage utilisable est celui qui existe entre la prostate et sa loge aponévrotique que nous avons brièvement décrite.

Même à l'état normal, la prostate se laisse facilement isoler de sa loge ; quand elle est hypertrophiée, ses rapports avec sa loge sont encore plus lâches et la facilité de l'énucléation est encore beaucoup plus grande, et les cas où l'on rencontre quelques difficultés ne peuvent tenir qu'à des faits de prostatite ou de périprostatite surajoutée.

C'est la méconnaissance de ces données anatomiques qui avait empêché les précurseurs de Freyer d'admettre la possibilité d'une ablation de la totalité de la glande hypertrophiée. Freyer ne prétend pas d'ailleurs enlever toute la prostate ; ce qu'il veut enlever ce sont les productions adénomateuses avec

leur capsule propre. Il a remarqué que les éléments glandulaires en proliférant s'accompagnaient toujours de leur stroma conjonctif qui lui ne subit pas d'accroissement. Ce stroma est distendu et réduit à une mince couche, à une mince membrane de tissu conjonctif. Cette capsule fibreuse est un élément constitutif de la prostate, il l'appelle *capsule vraie ;* il appelle *gaine* la loge prostatique formée par les aponévroses.

Au fur et à mesure que les lobes s'hypertrophient, ils font de plus en plus saillie et tout en restant enveloppés dans leur capsule vraie, ils ont une tendance à s'isoler.

La gaine, elle, sous la poussée prostatique cède du côté où la prostate s'accroît, c'est-à-dire du côté de la vessie. La prostate s'enfonce dans la vessie et n'est plus recouverte alors que par la muqueuse. Ce qui explique qu'une fois cette muqueuse éraillée le doigt tombera entre la capsule vraie et la gaine, dans le plan de clivage.

Doit-on dire que toute la prostate sera enlevée ? Non, il ne sera énucléé que la partie de la glande qui aura subi la dégénérescence adénomateuse, elle viendra d'elle-même, la partie normale qui n'aura pas subi la différenciation et aura conservé ses adhérences, persistera.

Revenons maintenant sur la technique opératoire, sur la technique que Freyer a employée, sur celle que l'on doit observer scrupuleusement.

Technique opératoire. — Après lavage abondant

de la vessie avec une solution antiseptique faible pour la débarrasser de l'urine qui, dans l'hypertrophie prostatique, est toujours plus ou moins infectée, on gonfle la vessie avec de l'eau ou mieux avec de l'air.

La région hypogastrique préalablement rasée et soigneusement aseptisée, incision à la partie médiane de l'abdomen, s'élevant du pubis jusqu'à 6 ou 9 centimètres suivant l'état d'embonpoint du sujet. Avec la perspective de placer l'appareil d'Irving on fera bien de commencer l'incision cutanée à 15 millimètres environ du pubis. Les muscles droits sont écartés ; le péritoine refoulé en haut, la graisse prévésicale écartée, la vessie apparaît avec ses veines plus ou moins saillantes qu'on devra éviter. L'endroit favorable à l'incision de la vessie ayant été déterminé, faire cette incision hardiment sur une longueur de 2 à 3 centimètres. L'incision doit être le plus loin possible de la symphise, sans intéresser toutefois le péritoine. Dès ce moment, le bistouri a fait son œuvre, les doigts seuls vont maintenant travailler.

L'index gauche, protégé par un doigtier de caoutchouc est introduit dans le rectum et refoule la prostate vers la vessie. L'index droit, introduit dans la vessie par la plaie abdominale, va à la recherche de la saillie prostatique et en cherche le point culminant. A cet endroit, il ne reste plus de la vessie que la muqueuse par suite de l'usure provoquée, si on peut dire, par la poussée constante de la prostate. Avec l'ongle de l'index on aura facilement raison de la faible résistance de cette membrane déjà altérée. Par la

brèche ainsi produite le doigt tombe sur la capsule vraie du lobe senti et s'engage dans le plan de clivage entre cette capsule et la gaîne. Par des mouvements circulaires du doigt qui balaie toutes les faces du lobe hypertrophié, on détruit toutes les adhérences qui peuvent exister. On va à la recherche de la commissure antérieure, l'urètre est reconnu et libéré sur toute sa longueur. On répète la même manœuvre pour l'autre lobe.

Puis le doigt, ramené en bas, balaie la face inférieure de la glande et la détache du ligament triangulaire. Les deux lobes sont maintenant libres dans la gaine, on les luxe derrière l'urètre et le doigt rectal les refoule vers la brèche vésicale. Même de très grosses prostates peuvent être extraites par cette petite ouverture, tant cette glande est élastique et compressible. Une fois dans la vessie, la prostate est amenée au dehors soit avec les doigts, soit avec une pince ; elle apparaît alors sous la forme d'un coquillage bivalve avec des faces lisses correspondant à l'urètre.

Toutes ces manœuvres ont demandé très peu de temps, et dix minutes dans les cas ordinaires sont un temps maximum depuis l'ouverture de la paroi abdominale jusqu'à l'accouchement de la prostate.

Ceci est l'opération idéale, dans laquelle l'urètre prostatique a été respecté. Mais ce qui fait l'étrangeté de la méthode, c'est que l'on peut presque impunément sans crainte de suites graves, enlever avec la glande tout ou partie de l'urètre prostatique. Il est quelquefois impossible de séparer l'urètre de la

prostate, à cause probablement de la prostatite existante, le tissu fibreux ne s'étant pas relâché à la suite d'une inflammation chronique de la glande.

Ce que l'on conçoit moins facilement, c'est la façon dont la réunion s'opérera de la section vésicale à la section membraneuse. Y a-t-il réunion ? Ou bien l'enveloppe externe, la gaine prostatique entièrement étanche et contractile jouera t-elle le rôle d'une vessie accessoire, d'un urètre prostatique élargi ?

C'est ce qu'il serait intéressant de rechercher sur des sujets opérés et guéris depuis longtemps, soit par la cystoscopie, soit après décès survenu longtemps après la guérison, par l'examen à l'autopsie de la vessie et du canal. (Cas d'autopsie apportés au dernier Congrès d'Urologie, montrant une véritable petite vessie annexée à la grande et séparée d'elle par un simple petit bourrelet muqueux.)

Donc, quoi qu'il en soit, qu'on respecte ou non l'urètre prostatique, les résultats sont aussi bons. D'ailleurs, la plupart du temps, la seule partie de l urètre prostatique en arrière du veru montanum est enlevée, tandis que la partie de l'urètre prostatique qui est le point terminal des conduits éjaculateurs est conservée. Les opérés ne sont donc pas voués fatalement à la stérilité, question de peu d'importance d'ailleurs, car la plupart des ces malades sont arrivés à un âge où ils ont depuis longtemps désarmé.

Généralement, pendant tout le temps de l'opération, l'hémorragie a été peu abondante, nulle pour

ainsi dire si l'urètre a été respecté. Cela tient à ce que la plupart des vaisseaux sont logés dans la gaine aponévrotique qu'on peut sous tous les rapports, comparer à un utérus gravide. La prostate énucléée, on procède à un massage bidigital (doigt rectal et doigt vésical) de la loge prostatique, massage de la durée de deux à trois minutes qui a pour but de faire contracter la loge prostatique sur ses vaisseaux et d'assurer l'hémostase.

Dès ce moment, la loge rétractée n'existe pour ainsi dire plus que virtuellement.

Après un court lavage de la vessie avec une solution chaude d'eau oxygénée, on introduit par la plaie abdominale, le gros tube de Freyer, drain de 2 centimètres de diamètre intérieur avec deux yeux très larges et bas situés.

Deux centimètres au plus de ce drain sont introduits dans la vessie qui se contracte sur lui. Il importe de ne pas faire pénétrer le drain plus avant, s'il entrait dans la cavité prostatique, il provoquerait une tension constante et toute la douleur du calcul vésical.

On réunit par quelques points aux crins de Florence la plaie pariétale autour du drain et on s'assure par des injections poussées par la sonde que le drain remplit bien son rôle. Puis la sonde est retirée.

L'application du pansement rentre dans les soins consécutifs à l'opération et nous y reviendrons tout à l'heure.

Etat général du prostatique

Telle est la technique classique, la technique qu'a suivie le plus habituellement notre maître le Dr Brin. Est-ce à dire qu'elle soit applicable immédiatement au malade qui vient consulter ? Certes non, et l'étude sérieuse des différents systèmes organiques est nécessaire pour savoir s'il faut intervenir et à quel moment il faut intervenir.

Le prostatique est assimilable par bien des points au rétréci. Il y a un obstacle à la miction ; quand cet obstacle sera levé, la miction redeviendra normale. Mais il y a plus ; le malade est, non seulement un rétréci, c'est un vieillard dont presque tous les organes ont vieilli ou souffert. Son état général est modifié, et nous avons à rechercher quel peut être son coefficient de résistance vitale. Nous nous souviendrons que les dangers viendront surtout de l'hypertension artérielle, de l'intoxication urinaire et de l'infection.

Hypertension et insuffisance rénales. — Hypertension et insuffisance rénales marchent de pair chez nombre de prostatiques ; en effet, leur hypertension artérielle est expliquée par le spasme des vaisseaux périphériques, ce spasme étant lui-même dû aux substances toxiques retenues dans le sang.

Aussi étudierons-nous en même temps les deux états morbides.

Interrogatoire. — On cherche à dépister les signes du mal de Bright. Sensation de fatigue habituelle augmentée par un régime riche en toxines. Oppression et palpitations à l'effort. Sensation de doigts morts. Cryesthésie qui manque rarement chez les prostatiques, ils se sentent « se refroidir de jour en jour ».

Crampes. Secousses électriques. Démangeaisons. Bourdonnements d'oreille.

Naturellement pollakyurie, mais aussi polyurie.

Examen objectif. — Signe de la temporale presque constant. Pouls rapide, 100 à 120. Artères dures, non dépressibles, impulsion cystolique violente. Il sera très utile de prendre la tension artérielle et d'attendre pour opérer qu'elle soit descendue à la normale. Auscultation du cœur pour rechercher l'existence d'un bruit de galop possible. Auscultation des bases pulmonaires pour la recherche de l'œdème du poumon très fréquent.

Recherche des troubles digestifs. Le tube intestinal peut voir son bon fonctionnement entravé sous l'influence de trois causes différentes, souvent réunies : 1° L'insuffisance rénale ; 2° La septicémie ; 3° La compression du rectum par la prostate. Diminution considérable de l'appétit. Langue saburrale, rouge sur les bords, souvent sèche et rôtie. Vomissements dus à une intoxication urémique. Habituellement constipés du fait de la compression du rec-

tum par la prostate, les prostatiques sont sujets aussi à des diarrhées abondantes séreuses et d'une odeur fortement ammoniacale, véritables décharges d'urée ; ils excrètent par leur intestin ce que leur rein est impuissant à éliminer.

L'interrogatoire et l'examen général du malade peuvent nous faire diagnostiquer déjà l'insuffisance plus ou moins grande de la fonction rénale. Quant au degré de cette insuffisance, c'est l'étude de l'urine qui nous renseignera.

Examen des urines. — Cet examen doit porter : 1° sur la quantité ; 2° sur la nature de l'urine excrétée.

1° *Quantité.* — Les prostatiques urinent souvent, mais urinent beaucoup. La quantité d'urine est même d'autant plus grande que les mictions sont moins fréquentes et que la vessie se vide moins bien. L'état de distentions de la vessie entretient, en effet, une congestion vaso-motrice réflexe du rein, et la quantité d'urine par vingt-quatre heures peut aller jusqu'à 2.500, 3.000 grammes et plus.

2° *Nature de l'urine.* — a) *Dosage de l'urée.* — Le taux de l'urée est généralement abaissé dans de très fortes proportions ; l'urée restant en grande partie dans le sang et ne passant qu'imparfaitement par le filtre rénal.

Pendant des années, les prostatiques sont ainsi intoxiqués, il semble qu'ils s'accoutument, à la longue, au poison qu'ils ne peuvent éliminer complètement, ce qui expliquerait, malgré la large surface d'absorption que l'intervention a créée, la rareté et la

bénignité habituelle des phénomènes d'intoxication urinaires après l'opération.

b) *Recherche de l'albumine.* — L'albuminurie étant un symptôme habituel de l'hypertension, il est tout naturel qu'on trouve d'assez fortes proportions d'albumine dans l'urine des prostatiques. Mais à côté de l'albumine provenant de la néphrite, on peut aussi trouver une albumine due à l'infection vésicale ou à la pyélo-néphrite.

Aussi faudra-t-il bien distinguer l'albumine rénale de l'albumine provenant du pus. En filtrant l'urine on pourra en partie supprimer la cause d'erreur, en retenant les éléments globulaires sur le filtre, mais il passera malgré tout la pyine soluble.

c) *Recherche du sucre.* — Rien n'empêche le prostatique d'être diabétique.

Il sera prudent de faire la recherche du sucre. L'observation XVII atrait à un prostatique diabétique chez lequel l'opération donna d'excellents résultats, mais qui vit apparaître au douzième jour de l'opération une escarre sacrée, escarre de décubitus.

d) *Examen microscopique des sédiments.* — En plus des globules du pus, le microscope pourra faire connaître par la composition des cylindres urinaires, quelle est la nature de la néphrite.

Infection. — La plupart des prostatiques qui se sondent sont voués à l'infection qui, partie de la vessie remonte le courant urinaire. Tant que l'infection est localisée à la vessie, il n'y a pas grand danger, et il

y a des « pisseurs de pus » qui ne présentent aucun accident.

Il n'en est pas de même quand les reins se prennent. Alors apparaissent des phénomènes graves. Ces symptômes d'infection parfois latents et ne se manifestant que par une urine un peu trouble et une hyperthermie intermittente éclatent d'autres fois au contraire avec violence et pourraient, si l'on ne connaissait les antécédents prostatiques du malade, en imposer pour une toute autre affection. Grand frisson prolongé suivi d'une sensation de chaleur intense avec sueurs profuses, température pouvant s'élever et se maintenir longtemps à 39 degrés et 40 degrés, sécheresse de la langue, alternance de périodes de délire et d'abattement ; urines rares. Aux symptômes de la septicémie se surajoutent ceux de l'intoxication urémique. La palpation lombaire ou bi-manuelle peut provoquer une douleur rénale, ou même révéler une augmentation de volume du rein.

TRAITEMENT PRÉ-OPÉRATOIRE

En présence de tels malades joignant les signes de la septicémie à ceux d'une hypertension manifeste, il serait plus qu'imprudent de tenter d'emblée une intervention. Il faudra avant tout instituer un traitement médical contre l'hypertension et faire un bon nettoyage de tout l'arbre urinaire.

A l'hypertension et l'intoxication on opposera le

régime peu substantiel, peu toxique, ou même le régime lacté absolu. Ce traitement amène une diurèse abondante qui nécessite souvent des sondages fréquents. Aussi est-il sage d'hospitaliser les malades assez longtemps avant l'opération. Pendant plusieurs jours avant l'intervention, un purgatif salin assurera le bon fonctionnement de l'intestin et débarrassera l'organisme de l'excès d'urée enmagasinée. Des grands lavements quotidiens d'eau bouillie seront employés dans le même but.

Contre l'infection on luttera par les antiseptiques urinaires, associés à l'évacuation régulière et aseptique et aux grands lavages de la vessie. Parmi les antiseptiques, on pourra choisir entre le salol, l'urotropine ou l'helmitol dont on continuera l'usage longtemps après l'opération en ayant soin de changer de temps en temps l'antiseptique employé.

L'évacuation de la vessie se fera à heures régulières, deux fois par jour s'il s'agit d'une rétention incomplète, de trois à cinq fois si la rétention est absolue. Si la sensibilité de la vessie infectée nécessite des sondages plus fréquents, la sonde à demeure sera indiquée. Chaque cathétérisme sera suivi d'un lavage qui se fera à la seringue de Guyon adaptée sur la sonde. Pour ne pas distendre la vessie, l'injection sera poussée très doucement et ne devra pas dépasser 20 centimètres cubes. On répétera trois ou quatre fois l'injection à chaque séance de lavage, en ayant soin de laisser écouler la plus grande partie du liquide de l'injection précédente. Le liquide à em-

ployer ne devra pas être un antiseptique très caustique, l'eau boriquée bouillie est presque toujours suffisante. Le nitrate d'argent, 1/2000 à 1/1000, des solutions faibles de permanganate, de protargol etc., compléteront avantageusement l'asepsie de la vessie.

Ces lavages de la vessie par la sonde ne s'appliquent naturellement qu'aux prostatiques qui ne sont pas des rétentionnistes absolus, et chez lesquels le cathétérisme est possible. Au contraire, si on se trouve en présence d'un grand rétentionniste infecté, chez lequel une opération totale d'urgence serait presque à coup sûr mortelle, on pourra mettre en œuvre la prostatectomie transvésicale en deux temps préconisée avec raison par MM. Carlier et Pauchet : 1° cystostomie ; 2° prostatectomie. Le premier temps permettra l'évacuation complète de la vessie, le lavage permanent du réservoir urinaire : grâce à lui, on ne sera jamais forcé d'opérer dans de mauvaises conditions. On n'enlèvera la prostate par le second temps de l'opération que lorsque le malade ne sera plus infecté ; on pourra attendre ainsi un mois et bien davantage, avant de tenter la prostatectomie. Pendant ce temps, le malade aura nettoyé sa vessie, aura repris des forces et sera sous tous les rapports dans des conditions bien plus favorables que si l'on s'était lancé dans une intervention d'urgence.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Comme nous le disions au début de ce travail, la part qui revient dans le succès aux soins consécutifs à l'opération est énorme. Plus que tous autres, ces opérés doivent être l'objet d'une surveillance intelligente et constante, et le chirurgien qui a extirpé la prostate ne doit pas considérer que sa tâche s'arrête là. Il doit, sinon effectuer lui-même les pansements, tout au moins les faire faire devant ses yeux pendant les premiers jours qui suivront l'opération, plus encore même, jusqu'à la complète guérison du malade.

Reporté dans son lit, quelles sont les complications que l'on peut redouter pour l'opéré? Le collapsus, l'hémorragie, l'infection.

1° *Collapsus.* — Il est rare, car l'opération bien faite, est courte et nécessite une anesthésie peu prolongée. Si la perte de sang a été abondante pendant l'opération, si le pouls ne se relève pas, il y aura lieu de pratiquer une injection de sérum artificiel. On lui associera une ou deux piqûres d'huile camphrée pour remonter le cœur.

2° *Hémorragie et infection.*—On devra aussi lutter

contre l'hémorragie et l'infection. Ces deux indications sont un peu contradictoires. La meilleure manière de lutter contre l'infection est incontestablement l'irrigation continue, or elle a en même temps pour effet de chasser les caillots et de rouvrir les vaisseaux.

Certains chirurgiens respectent avant tout les caillots, et ne font aucun lavage pendant plusieurs jours ; l'hémostase est ainsi mieux établie, les hémorragies secondaires provoquées par le courant d'eau sont évitées. Quant à l'infection, elle pénètre plus difficilement les vaisseaux aveuglés par les caillots.

Ce parti pris d'éviter tout lavage pendant plusieurs jours ne laisse pas que d'effrayer un peu et nous ne sommes pas sans craindre grandement de voir l'infection s'installer par suite de la stagnation de l'urine. Aussi après quelques tâtonnements pour s'orienter vers la meilleure méthode, voici à quelle ligne de conduite s'est arrêté mon maître, le Dr Brin.

Le premier jour, on fait des lavages fréquents, toutes les deux heures environ par le tube de Freyer-Marion. Si l'hémorragie est très abondante, on ne fait plus aucun lavage contrairement à la pratique du début. On ne commence le lavage que le deuxième jour. Les lavages aussi chauds que possible sont faits au bock et sans pression faute de quoi ils risquent de provoquer des contractions de la vessie, de la cavité prostatique : ils seraient ainsi douloureux et pourraient faire reparaître l'hémorragie.

Pour faire ces lavages à l'intérieur du tube de Freyer, on adapte sur le tuyau de caoutchouc du bock une canule de verre longue et étroite, munie d'un seul trou terminal.

Avec le tube de Marion, on adapte directement la canule sur le petit tube latéral, et le lavage se fait très aisément sans mouiller le malade. Il est un fait à remarquer, c'est que dans les premières heures, il peut s'écouler un peu de liquide entre le tube de Marion et la paroi abdominale, mais qu'ensuite l'accolement est complet et étanche.

Avec une pince à longs mors, on va à la pêche des caillots qui, pendant les vingt-quatre premières heures peuvent venir obstruer le tube de Freyer.

Les deuxième et troisième jours mêmes lavages. Le quatrième jour mêmes soins. Généralement à cette date on supprime le gros drain et on applique l'appareil d'Irving. Grâce à cet ingénieux appareil, les malades en effet sont toujours au sec, l'urine, drainée presque immédiatement à la sortie du tube de Freyer, dans un urinal, ne reste pas au contact de la peau ni de la plaie et on évite de la sorte l'érythème et les complications cutanées et sous-cutanées dues à cette cause.

Voici en quoi consiste l'appareil type. Entièrement construit en celluloïd, ce qui rend son port léger et lui permet d'être tenu très propre, il affecte la forme d'une boîte plate et ovoïde dont le fond manquerait. Son grand axe, l'appareil mis en place, doit se superposer à la direction de la plaie abdominale qu'il doit

dépasser un peu en haut et en bas. L'appareil est maintenu en place par une ceinture et des sous-cuisses s'accrochant à des agrafes destinées à cet effet.

La paroi supérieure forme couvercle et s'enlève à volonté. Les parois latérales hautes de 4 centimètres reposent par leur circonférence inférieure sur la paroi abdominale qui forme ainsi le fond de la boîte. Cette circonférence inférieure est mousse et éversée en dehors pour ne pas entamer la peau.

Au point déclive de l'appareil et de chaque côté du grand axe se trouvent deux tubulures de vidange auxquelles on adapte deux gros tubes de caoutchouc qui enmènent les urines dans un urinal placé entre les jambes du malade.

Le Dr Brin se sert maintenant de cet appareil modifié par Gautier, et tout entier en nickel pur.

La ceinture destinée à maintenir l'appareil en place devra être modérément serrée de façon à éviter la coupure de la peau tout en assurant l'étanchéité de l'appareil.

Grâce à l'enlèvement facile du couvercle, on pourra faire des lavages par le tube de Freyer aussi souvent qu'il sera nécessaire sans risquer même de mouiller le malade.

Comme nous l'avons dit, les lavages pratiqués sans pression ne sont pas douloureux. Si cependant les malades souffraient, on pourrait leur administrer le lavement suivant : chloral 2 grammes, antipyrine 1 gramme, laudanum X gouttes.

Du cinquième au dixième jour, on continue les lavages par la plaie suspubienne, toujours à l'eau bouillie boriquée ou légèrement oxygénée et on commence les lavages par l'urètre. Dans les premières observations, on employait volontiers le lavage sans sonde. Maintenant, la sonde est préférée. Toutefois, s'il n'y a pas de signe d'infection, il vaut mieux remettre les lavages par l'urètre au huitième ou même au dixième jour.

Lorsque l'orifice suspubien a tendance à s'oblitérer trop vite, on y place une sonde de Nélaton qu'on enferme dans l'appareil d'Irving.

Ordinairement, vers le douzième ou le quatorzième jour, on met la sonde à demeure. Pour cela, d'ailleurs on est généralement guidé par le besoin d'uriner ressenti par le malade. Dans bien des cas, au bout de quarante-huit heures de sonde à demeure, la plaie hypogastrique est complètement fermée, si l'on en a retiré tout drain. C'est pourquoi, si l'infection est intense ou s'il persiste un peu de température, on devra se hâter de remettre le drain suspubien.

On fait par la sonde à demeure des lavages fréquents, mais peu abondants (20 à 25 gr. de liquide) pour ne pas distendre la vessie.

Vers le vingtième jour, on peut essayer d'enlever la sonde à demeure ; dans la grande majorité des cas, il se produit une miction spontanée. Le malade peut être alors considéré comme guéri. Dans plusieurs de nos observations, la miction spontanée

était rétablie et la vessie fermée, le onzième, douzième ou treizième jour.

Chez ces malades, généralement des vieillards, il faudra prévenir la congestion hypostatique possible en les faisant asseoir de bonne heure dans leur lit. Cette position assise, d'autre part, sera favorable au bon fonctionnement de l'appareil d'Irving.

Il faudra également veiller au bon fonctionnement de l'intestin dont l'évacuation doit être quotidienne, au moyen, s'il est nécessaire, de purgations ou de lavements.

Enfin l'urotropine et le salol viendront aider aux lavages par leur action antiseptique et leur usage devra en être continué par les malades longtemps après qu'ils auront quitté la maison de santé.

COMPLICATIONS ET SUITES OPÉRATOIRES

Voyons maintenant quelles sont les complications de la prostatectomie transvésicale. Nous pouvons les diviser en deux groupes : 1° Celles survenant pendant ou peu de temps après l'opération ; 2° Celles survenant tardivement après l'acte opératoire.

1° Complications opératoires

a) *Accidents imputables à la taille ordinaire procédant la prostatectomie*

1° *Blessure du péritoine.* — C'est une faute opératoire, soit que l'incision de la paroi ait été trop hardiment pratiquée, soit même que le péritoine ait échappé au contrôle de l'œil. Accident éminemment grave; mortel même s'il passe inaperçu, mais facilement réparable dès lors que la blessure a été reconnue. Une suture minutieusement pratiquée écartera tout danger d'infection.

2° *Hémorragie par section des vaisseaux de la paroi antérieure.* — La paroi abdominale incisée et les droits écartés, la vessie apparaît bien nettement avec ses vaisseaux généralement saillants. Avant de pratiquer l'incision de la vessie, on en choisira bien

l'endroit favorable entre deux vaisseaux. L'incision sera petite. D'ailleurs la ligature des vaisseaux est facile et préviendra toute hémorragie.

3° *Infiltration d'urine et infection de la cavité de Retzius.* — Cette complication grave ne devra pas survenir si l'incision de le paroi a été bien pratiquée. Il faudra en effet bien se garder, comme nous l'avons déjà dit à propos de la technique opératoire, de faire aucun décollement ni sur les côtés de l'incision, ni derrière la symphyse. De plus, la façon dont on fixe la vessie après l'opération donnera, selon le procédé que l'on aura employé, des résultats différents. Si on la fixe par suture, l'urine passant par les points s'infiltrera entre la paroi vésicale et le tissu cellulaire.

Au contraire, la fixatiou par suspension temporaire supprime les espaces morts et empêche l'urine de venir au contact du tissu cellulaire prévésical.

L'incision haute et courte sur la vessie mettra la plaie opératoire au-dessus du point déclive.

b) *Accidents dus à l'extirpation de la prostate*

1° *Hémorragie en nappe de la muqueuse péricystique.* — Il arrive fréquemment que la muqueuse qui entoure le col de la vessie saigne abondamment. C'est une région habituellement congestionnée et qui est le siège d'hémorragies, soit à la suite d'un cathétérisme même pratiqué selon toutes les règles,

soit à la suite de l'effort qui accompagne toujours les mictions des prostatiques. Aussi, n'est-il pas étonnant qu'au contact du doigt qui vient la déchirer, cette portion de la muqueuse se mette à saigner abondamment. On aura généralement raison de cette hémorragie par un lavage de la muqueuse avec une solution chaude.

2° *Hémorragie de la loge prostatique.* — Généralement, lorsque l'opération se passe bien, lorsque la prostate s'énuclée facilement, l'hémorragie de la loge prostatique est presque insignifiante. Cela tient à la situation des vaisseaux à l'intérieur de la capsule externe. Mais si cette capsule a été lésée, ou si encore au lieu de sectionner l'urètre, on l'a arrachée en masse avec la prostate, ou si on se trouve en présence d'une hypertrophie à forme saignante, l'hémorragie peut être abondante, inquiétante même.

A ce propos, nous allons ici soumettre nos doutes personnels au sujet de l'utilité du chlorure de calcium pris préventivement contre l'hémorragie. Sur trois malades dont les observations sont ici rapportées (obs. X, XI, XII), on a essayé le chlorure de calcium ; tous trois au bout de quelques jours furent pris d'une phlébite, et l'un d'eux succomba à une embolie (obs. XI. N'y a-t-il pas là une relation de cause à effet ? Pour notre part, nous le croyons fermement. Le chlorure de calcium augmente la coagulabilité du sang ; mais on dépasse le but en rendant le sang trop coagulable et en permettant de la

sorte la formation de thrombus donnant lieu à des embolies mortelles.

Un bon massage de la loge prostatique entre les deux doigts vésical et rectal sera généralement suffisant pour assurer l'hémostase. On pourra y adjoindre un lavage, soit à l'eau oxygénée chaude, soit à l'eau antipyrinée.

La rachistovaïnisation contribuerait paraît-il à rendre les hémorragies moins abondantes, comparativement aux autres procédés d'anesthésie.

3° *Infection de la loge prostatique.* — La loge prostatique encore inhabituée à son rôle de vessie accessoire pourra s'infecter au contact de l'urine qui y séjourne. Au bout de quelques jours, alors que tout allait à souhait, la température s'élève, en même temps qu'apparaissent les signes d'une infection manifeste. L'urine qui s'écoule par le drain devient trouble, purulente même. Il faut alors lutter au plus vite contre cette infection qui menace de compromettre le succès opératoire. On fera des lavages de la loge avec une solution de nitrate d'argent à 1/1000, combinés à l'expression de la loge par le toucher rectal. Si cela ne suffit pas, il faudra alors se résoudre à pratiquer un drainage inférieur par une périnéotomie complémentaire.

Celle-ci est des plus simples et doit être faite sans dégâts. Une anesthésie lombaire à très faible dose suffit dans ce cas. Un doigt introduit dans la vessie par la plaie suspubienne, repère la cavité prostatique. Une longue pince courbe est poussée le long du

doigt, et lorsqu'elle est bien en place, on la fait maintenir avec pression par un aide.

L'opérateur peut alors la sentir rapidement au périnée, à travers les parties molles, et la découvrir par une incision sans décollements. Un drain est ramené dans la loge prostatique au moyen de la pince.

4° *Orchite*. — L'orchite par inoculation du canal déférent peut survenir dès la première semaine. Complication généralement bénigne, mais douloureuse ; on devra l'éviter au malade.

Pour cela, on pratiquera de parti pris, avant l'opération, la section du canal déférent et sa ligature au-dessus du testicule. C'est vouer ainsi évidemment les malades à une stérilité définitive ; mais dans la grande majorité des cas, ils se soucient fort peu de l'abolition d'une fonction qui est déjà depuis longtemps compromise.

Chez un prostatique jeune ou ayant gardé ses fonctions génitales actives, on devra rejeter la section des déférents.

c) *Accidents cardio-vasculaires*

1° *Syncope*. — La syncope chloroformique n'est pas imputable à la prostatectomie transvésicale et peut survenir au cours de toute opération. Cependant, elle peut frapper avec prédilection les prostatiques dont le cœur est assez souvent atteint de myocardite.

2° *Phlébite.* — La phlébite est un accident assez fréquent à la suite de la prostatectomie, quelle que soit la voie que l'on ait employée. Généralement bénigne par elle-même, elle sera grave par l'embolie qu'elle peut provoquer ; et on pourra encore distinguer entre les embolies à forme rapide et les embolies congestives formant des infarctus provoquant une congestion temporaire, mais qui arrivent à se résorber.

d) *Accidents cérébraux*

Le plus redoutable, c'est l'hémorragie cérébrale. Les prostatiques sont presque tous des artério-scléreux, leurs artères épaissies et friables sont à la merci de causes congestionnantes (émotion violente, effort, alcool). Comme nous l'avons dit, il faudra proscrire la position inclinée pour l'opération, position éminemment congestionnante et de plus inutile. La position horizontale, celle qu'emploie Freyer, avec, si l'on veut, un coussin sous les fesses, est la position la plus commode et la moins dangereuse.

On pourrait encore noter certains troubles mentaux que nous nous déclarons incompétents à expliquer, mais qui toutefois ne semblent pas plus imputables à la prostatectomie qu'à toute autre grande opération vésicale. On connaît bien les folies survenant à la suite des anciennes tailles.

e) *Accidents pulmonaires*

En dehors des accidents emboliques, la congestion pulmonaire atteint fréquemment les opérés. On devra l'éviter en faisant asseoir de bonne heure les malades dans leur lit pour éviter la congestion hypostatique.

On note aussi de l'œdème pulmonaire, cause assez fréquente de mortalité post-opératoire. On peut, il est vrai, le rattacher à la classe suivante d'accidents.

f) *Accidents rénaux*

Il traduit en effet la néphrite, l'insuffisance rénale souvent préexistante à l'opération et qu'il faut d'ailleurs s'efforcer d'évaluer avant l'acte opératoire.

Il arrive parfois que l'on observe une anurie complète pendant les vingt-quatre premières heures. Cette anurie est due sans doute à un réflexe parti de la vessie et venant inhiber les vaso-dilateurs rénaux, anurie comparable à l'anurie calculeuse. L'hypotension artérielle due à l'hémorragie peut aussi contribuer à la produire. Mais cet accident est de peu de durée et la fonction rénale se rétablit d'elle-même sans que l'on ait jamais eu d'accidents mortels relevant de cette cause. On pourra favoriser le retour du cours de l'urine par l'ingestion de boissons diu-

rétiques, le lait avec ou sans l'adjonction de 1 gramme de théobromine.

Il faut aussi noter parmi les accidents rénaux l'urémie, qu'elle soit à forme rapide ou à forme lente. Les reins, souvent sclérosés, ne laissent passer qu'une urine peu minéralisée et particulièrement pauvre en urée. La résorption qui s'opère au niveau de la plaie vésicale opératoire peut encore s'ajouter au défaut d'élimination rénale.

g) *Accidents intestinaux*

Le seul qu'on puisse observer, c'est la constipation, dont on aura raison, soit à l'aide de purgatifs quotidiens légers, soit à l'aide de lavements. On évitera de se servir de purgatifs à base d'aloès dont l'action congestionnante sur les organes du bassin serait nuisible.

h) *Accidents cutanés et sous-cutanés*

On pourra observer des escarres, ainsi que cela s'est produit chez notre diabétique de l'observation XVII. Ces escarres de décubitus seront facilement évitées en levant de bonne heure les opérés avant que les troubles trophiques n'aient eu le temps d'apparaître, en surveillant journellement le siège, et au besoin en plaçant sous les fesses des malades un coussin à air.

La peau, au contact de l'urine, peut aussi présenter un érythème très accentué de la région hypogastrique et de la face interne des cuisses ; des furoncles peuvent apparaître. L'appareil d'Irving rendra de réels services. En drainant efficacement la vessie, il prévient l'inondation d'urine que l'on a tant reprochée à la transvésicale ; il empêche l'urine de séjourner au contact de la plaie abdominale et de la peau. Le malade est toujours au sec.

2° Complications tardives

a) *Incontinence*. — L'incontinence définitive est extrêmement rare. Elle peut exister aux premiers temps de la guérison, la vessie n'ayant pas encore, surtout chez les distendus, retrouvé toute sa contractilité et les sphincters réappris leurs fonctions oubliées. Mais, peu à peu, rapidement même, l'opéré retrouve le contrôle de ses mictions. Les cas où l'incontinence est définitive ne résultent à peu près certainement que d'une faute opératoire, elle est probablement due à l'extirpation de l'urètre membraneux.

b) *Fistules*. — La plaie abdominale peut ne pas se cicatriser complètement et laisser persister une fistule par laquelle s'écoule une partie de l'urine. Cette fistule tient à un mauvais procédé de fixation de la vessie. Si on cherche à suturer la vessie, les points cèdent la plupart du temps, car la vessie est mal tolérante. Si, au contraire, on a employé la

suspension provisoire par deux fils noués sur un tampon extérieur, la vessie est plus indépendante et plus apte à se fermer ; ce procédé a cependant le défaut d'éverser un peu la vessie et d'écarter l'un de l'autre les deux bords cruentés.

On évitera encore la fistule en supprimant de bonne heure le tube de Freyer, et en le remplaçant au fur et à mesure que la plaie se cicatrise par des sondes de Nélaton de calibre toujours diminuant.

Si malgré tout la fistule survenait, et le fait est rare, il serait aisé de la fermer : dissection du trajet fistuleux et libération ; petit décollement de la paroi antérieure de la vessie, suture non perforante de la vessie au catgut, suture des droits et de la peau au crin de Florence.

c) *Rétrécissements.* — Les rétrécissements à la suite de la prostatectomie transvésicale sont très rares. Cependant, on a observé un cas où le cathétère ne parvenait que difficilement dans la vessie et venait buter contre un obstacle siégeant vers la région du col. Il existe en effet un éperon assez accentué entre la vessie et la loge prostatique, mais qui dans la plupart des cas, ne s'oppose pas à l'écoulement de l'urine. Quelquefois cependant, cet éperon vient former un véritable diaphragme au-devant du col, diaphragme contre lequel viennent buter les sondes. Ces cas, fort rares, sont justiciables d'une taille secondaire ou de l'urétrotomie interne.

d) *Calculs.* — Les prostatiques sont presque toujours des calculeux ; au cours même de l'opération,

on doit chercher à enlever tous les calculs que l'on trouve dans la vessie. Après l'opération, si la cause locale de production des calculs, c'est-à-dire la stagnation de l'urine dans le bas-fond vésical, est supprimée, la cause générale peut subsister et les calculs peuvent venir s'accumuler dans le point le plus déclive qui est la loge prostatique. On a en effet rencontré, un certain nombre de fois, des loges prostatiques littéralement bourrées de concrétions calculeuses. Si les phénomènes d'obstruction, ou si la douleur devenaient trop intenses, on serait alors autorisé à recourir à la taille ou à la lithothritie.

e) *Evolution de la néphrite.* — Une néphrite constituée déjà au moment de l'opération pourra continuer ensuite à évoluer. Alors qu'elle était encore peu prononcée, l'opération en assurant le libre écoulement de l'urine aurait pu permettre aux lésions rénales de rétrocéder ou tout au moins de rester stationnaires. Plus l'opération aura été tardive, plus on aura laissé au rein le temps de s'altérer irrémédiablement, et ces malades qui étaient revenus à uriner facilement, meurent au bout d'un temps plus ou moins long d'hémorragie cérébrale, d'urémie, d'asystolie ou d'œdème pulmonaire.

RÉSULTATS DE LA PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

Etat local.—La fonction urinaire normale se rétablit. Dès le quinzième jour, même plus tôt, le malade éprouve le besoin d'uriner : presque toujours l'évacuation est complète. Quelquefois, chez les rétentionnistes absolus chroniques, il persiste un résidu, mais souvent, la vessie atone depuis longtemps, retrouve peu à peu, rapidement même, sa contractilité ancienne. La miction est facile et sous le contrôle de la volonté. S'évacuant facilement, la vessie redevient aseptique ainsi que les voies urinaires supérieures. Chez les malades infectés depuis longtemps, il sera bon toutefois de continuer pendant quelque temps les lavages en y associant les antiseptiques urinaires.

L'incontinence est une rareté, et comme nous l'avons déjà dit, imputable à une faute opératoire, l'arrachement de l'urètre membraneux.

La prostatectomie transvésicale, permettant une exploration complète de la vessie, permet aussi d'en extraire les calculs, chose que l'on peut faire par la voie périnéale, mais peut-être avec moins de facilité. On cite des cas où des calculs ont été laissés dans la vessie, et on l'explique par la position inversée qui refoule les pierres vers le sommet de la vessie.

La récidive est-elle possible ? C'est une rareté, mais elle n'est pas impossible. Une partie du tissu prostatique refoulée contre la loge et y adhérant peut n'avoir pas été enlevée lors de la décortication de la prostate et pourra évoluer de nouveau vers l'hypertrophie. Mais, c'est là une rareté à laquelle on sera exposé tout autant sinon davantage en employant la voie périnéale.

Etat général. — Non seulement on parvient à rendre au malade une vessie de jeune homme, mais encore son état général, du fait de l'opération, s'améliore d'une façon surprenante. Des malades cachectisés, amaigris, ayant perdu complètement l'appétit, dégoûtés de tout, deviennent des hommes nouveaux une fois délivrés de leur prostate. Ils reprennent rapidement du poids, leurs fonctions digestives se régularisent et leur appétit revient; ils peuvent sans fatigue fournir un effort dont ils auraient été complètement incapables avant l'opération ; leurs facultés intellectuelles recouvrent toute leur intégrité antérieure ; et eux qui étaient voués à une mort à bref délai après une fin d'existence des moins enviables ont le droit d'espérer vivre encore de nombreuses années en jouissant d'une santé florissante.

AVANTAGES DE LA TRANSVÉSICALE SUR LA PÉRINÉALE

Durée de l'opération. — Dans les cas ordinaires, la durée totale de l'opération par la voie transvésicale ne dépasse pas vingt minutes, pansement com-

pris, à condition qu'on ne se trouve pas en présence de lésions de prostatite ou de périprostatite, rendant difficile et plus longue la décortication de la prostate.

La périnéale, au contraire, demande un temps plus considérable. Rien que pour arriver sur la glande en suivant les données anatomiques, on ne peut aller vite ; un coup de ciseaux trop vif peut aller perforer le rectum ; les points de repère doivent être minutieusement reconnus, sinon on risque d'aller se perdre loin de la prostate. Il est évident qu'un praticien exercé perdra moins de temps et hésitera moins que celui qui n'aura que rarement l'occasion de pratiquer cette opération, mais, quoi qu'il en soit, il ne faut pas chercher à battre des records.

Le malade restant moins longtemps sur la table d'opération aura besoin d'une moins grande quantité d'anesthésique, et c'est là encore un avantage et non des moindres de la prostatectomie transvésicale.

Position du malade. — Dans la transvésicale, c'est la position horizontale qui est la meilleure. Dans la périnéale on est obligé d'employer la position périnéale inversée, si congestionnante pour le cerveau des malades.

Outillage. — Aucun instrument spécial pour la transvésicale, alors que la périnéale nécessite l'emploi d'un désenclaveur de la prostate et d'écarteurs construits spécialement.

Acte opératoire. — La voie sus-pubienne est plus facile et moins dangereuse que la voie périnéale.

Avec celle-ci en effet, on risque souvent de perforer le rectum ou de meurtrir à tel point sa paroi en cheminant dans l'espace décollable, qu'elle se sphacèle quelque temps après l'opération, présentant ainsi les dangers d'une infection secondaire et d'une fistule consécutive.

Par la voie sus-pubienne, on est autorisé à dire que, pratiquement, on enlève toute la prostate. Par la périnéale, il sera souvent difficile de réaliser une énucléation totale de la glande hypertrophiée, particulièrement dans le cas de prostate pénétrant profondément dans la vessie. A poursuivre dans ces cas l'énucléation avec trop d'opiniâtreté, on risque d'ouvrir largement la vessie. Il en résulte des fistules intarissables.

On a reproché au drainage par le tube de Freyer d'être insuffisant. Les résultats pratiques mieux que les raisonnements théoriques prouvent, au contraire, l'efficacité de ce drainage.

Suites post-opératoires. — Une fois reportés dans leur lit, les malades opérés par la voie transvésicale n'auront plus à souffrir ; c'est tout au plus si pendant les vingt-quatre premières heures, ils accuseront des épreintes, épreintes moins douloureuses même que celles qu'ils éprouvaient avant d'être opérés. Ils n'ont à subir aucun pansement, on leur fera seulement des irrigations de la vessie qui ne sont aucunement douloureuses.

Après la périnéale, les pansements de la plaie devront être fréquemment renouvelés. Ils seront, en

effet, souillés chaque fois que le malade ira à la selle ; les pansements de cette région sont incommodes et douloureux et chaque séance sera épuisante pour le malade.

RÉSULTAT OPÉRATOIRE ET FONCTIONNEL

Les deux opérations haute et basse donnent d'excellents résultats. Quand la prostate est bien enlevée, soit par le périnée, soit par le ventre, les fonctions vésicales se rétablissent parfaitement.

Mais pour nous résumer d'un mot, nous dirons qu'un résultat fonctionnel aussi bon et peut-être meilleur est obtenu par la voie transvésicale et cela avec une simplicité extrême de moyens et une rapidité infiniment plus grande que par la voie périnéale.

Notre maître a fait 8 prostatectomies périnéales avec 2 morts ; les 6 autres malades résentionnistes depuis longtemps ont vu leurs fonctions se rétablir complètement et n'ont eu aucun trouble depuis cinq, six et huit ans. Ces résultats fonctionnels excellents n'ont pas empêché M. Brin de venir franchement à la transvésicale, car ils avaient été obtenus avec trop de lenteur, avec des pansements trop longs et trop douloureux pour le malade.

Nous dirions volontiers que la prostatectomie périnéale a indiqué les voies en démontrant d'une façon péremptoire que l'obstacle prostatique est tout. La prostatectomie transvésicale venant à son

heure, a bénéficié de cette pose de principes, et s'étant simplifiée puisque la question était mieux comprise, elle est en train de rallier tous les suffrages.

Indications et contre-indications

Nous pouvons diviser en deux classes les indications de la prostatectomie :

1° Les indications visant l'extirpation de l'organe ;

2° Les indications spéciales à la prostatectomie transvésicale.

1° *Quand faut-il extirper la prostate.*

On disait encore, il y a quelques années : « La prostatectomie (quelle que soit la voie que l'on emploie) ne doit vivre que des contre-indications du cathétérisme. »

Aujourd'hui le problème semble complètement renversé, et nous pouvons dire avec la plupart des auteurs : « Le cathétérisme ne doit vivre que des contre-indications de la prostatectomie.

Comme toutes les opérations, la prostatectomie a des contre-indications d'ordre général.

Age. — L'âge avancé n'est pas une contre-indication de la prostatectomie.

Nombreux sont les malades de Freyer qui avaient atteint ou même dépassé quatre-vingt ans avant d'être opérés et qui supportèrent admirablement l'opération, et le plus beau cas de notre statistique a trait

à un vieillard de quatre-vingt-un ans. Ce qu'il faut avant tout envisager, ce sont les chances de résistance du sujet.

Etat des reins. — On n'opérera pas, sans avoir pris de grandes précautions, un malade dont les urines contiendront de grandes quantités d'albumine. Il y aura lieu, en effet, de discerner si la néphrite est une néphrite acquise et définitive, ou si, simplement due à la rétention chronique, elle ne pourra pas rétrocéder du fait d'une intervention. Dans un cas comme dans l'autre, le cathétérisme sera un traitement d'attente, quitte à devenir le seul traitement, si, pratiqué régulièrement, il n'amène pas au bout d'un certain temps avec un régime approprié une amélioration sensible de la néphrite. La dépuration rénale étant insuffisante, l'intervention ne pourra pas arrêter l'évolution d'un mal de Bright dont le pronostic est fatal à plus ou moins brève échéance.

Etat du cœur. — Si le prostatique est porteur d'une lésion cardiaque, qu'elle soit d'origine brightique (bruit de galop) ou d'origine infectieuse (myocardite de cause quelconque),il faudra être très réservé et ne proposer l'intervention qu'à la dernière extrémité, et encore dans ces cas vaudra-t-il mieux recourir à la cystostomie.

Diabète. — Le diabète n'est pas une contre-indication absolue à l'intervention, à condition toutefois qu'on fasse au préalable suivre au malade un traitement médical et qu'on ait constaté une amélioration notable à la suite de ce traitement. Le malade

de l'observation XVII, diabétique, a guéri aussi rapidement que les autres opérés ; la plaie a toujours été belle et le seul ennui que l'on ait éprouvé est une escarre sacrée qui est apparue au quinzième jour. Il faudra donc faire attention à ces escarres de décubitus possibles.

En résumé, la prostatectomie ne connaît de contre-indications que celles tirées de l'état général du sujet. Elle ne doit pas évidemment, du moins cela n'est pas encore entré dans les idées, être préventive et proposée dès l'apparition des premiers symptômes, des prodromes du prostatisme, qui chez beaucoup de sujets reste à l'état larvaire, se bornant simplement à la pollakiurie nocturne jointe à une légère dysurie.

Contre-indications du cathétérisme. — On doit au contraire la proposer dès qu'il est bien reconnu que l'hypertrophie est manifeste, qu'il ne s'agit pas d'une simple congestion passagère de la prostate et que le cathétérisme ne présente pas toutes les conditions désirables :

1° Quand il est difficile et douloureux.

Chaque séance fatigue le malade et il y a toujours crainte de créer une fausse route ;

2° Quand il est trop fréquent. Il est arrivé que des malades venaient se faire opérer parce qu'ils étaient obligés de se sonder sept ou huit fois par jour, quelquefois même toutes les heures ;

3° Quand il est insuffisant. Il est presque toujours impossible d'évacuer complètement par la sonde une

vessie dont le bas-fond est quelque peu important. Il persiste un résidu qui entretient la septicité de la vessie ;

4° Quand il est hémorragipare. Chez certains prostatiques, le cathétérisme, pratiqué avec la plus grande douceur et suivant toutes les règles, provoque à chaque fois une hémorragie ; il s'agit alors de prostates saignant facilement ; ces petites hémorragies, insignifiantes par elles-mêmes, deviennent inquiétantes lorsque le cathétérisme doit être fréquemment pratiqué ;

5° Quand il ne peut pas être pratiqué dans toutes les conditions nécessaires d'asepsie. Le milieu social dans lequel vit le malade est un facteur important. Il est évident qu'un prostatique, qui est obligé de gagner sa vie, ne se trouvera pas dans les conditions de celui qui, aisé, pourra recourir pour le sondage aux soins d'un médecin ou d'un infirmier intelligent et consciencieux :

6° Enfin, il est certains malades qui ne peuvent se résoudre à la sujétion du « catheter life ». Notre malade de l'observation II, le colonel de X..., avait un frère qui était obligé de se sonder depuis dix ans plusieurs fois par jour. Préférant tout, plutôt que de s'astreindre à une telle pratique, il a demandé de lui-même l'intervention.

2° *Indications spéciales à la prostatectomie transvésicale*

Le principe de l'intervention admis par le chirurgien et accepté par le malade, quelle est la voie que l'on doit employer ?

Nous pouvons dire en toute conscience que la voie transvésicale réunit toutes nos préférences pour les raisons que nous avons exposées plus haut, au chapitre des avantages de la prostatectomie transvésicale. Cependant, les partisans de la voie périnéale élèveront toujours des objections auxquelles nous pouvons, je crois, répondre.

1° On a dit que chez les sujets obèses, la meilleure voie était la périnéale, la prostate étant, dans ce cas, trop éloignée de la main de l'opérateur pour qu'il puisse aller la chercher à travers une plaie transvésicale. Cependant, nous avons plusieurs cas, notamment le malade de l'observation IV, pour lesquels la voie sus-pubienne fut employée. Il s'agissait d'un sujet des plus corpulents dont le Dr Brin énucléa parfaitement la prostate ;

2° On a également cherché à tirer des indications du volume même de la prostate, les petites prostates étant justitiables de la voie périnéale. Nous voyons cependant par l'observation III qu'on est arrivé facilement à énucléer de petites prostates par la voie hypogastrique, celle dont nous parlons pesant 20 grammes. Le record des petites prostates enlevées par cette voie semble être détenu par le Dr Jeanne de Rouen, avec 15 grammes ;

3° « Le drainage des vessies très infectées est illusoire par la voie hypogastrique. » Les faits prouvent surabondamment qu'il n'en est rien. D'ailleurs comme nous le disions au chapitre des soins pré-opératoires, il convient avant toute prostatectomie de rendre à la

vessie une asepsie relative par les évacuations, les lavages réguliers et l'emploi des antiseptiques urinaires. De plus, la prostatectomie transvésicale en deux temps, permettant des lavages et des évacuations faciles de la vessie, semble devoir nous donner toutes les garanties. A la rigueur même, mais cela ne nous est pas arrivé, on pourra recourir dans les cas d'infection intense de la loge prostatique à une contre-ouverture et à un drainage périnéaux ;

4° On réserve à la voie périnéale les hypertrophies avec lésions de prostatite, ou de périprostatite. Mais, nous ne nous sommes jamais trouvés en présence de cas semblables. Cependant, de telles lésions ne nous semblent pas faciles à diagnostiquer à coup sûr ; c'est une découverte que l'on fait au cours de l'opération ; et jamais une opération commencée en transvésicale ne s'est terminée pour nos observations en périnéale ;

5° Lorsqu'avec l'explorateur métallique. on a reconnu dans la vessie la présence de calculs, il en résulte une indication formelle à la prostatectomie par la voie haute. La voie périnéale, en effet, ne permet pas d'explorer entièrement la cavité vésicale ;

6° Nous avons laissé systématiquement de côté les cancers de la prostate.

Ceux qui sont diffus ne prêtent à aucune espèce de discussion chirurgicale.

Ceux qui atteignent déjà la capsule nous paraissent plutôt justiciables de la voie périnéale et de la méthode extra-capsulaire. Nous n'avons d'ailleurs

aucune confiance dans les résultats éloignés de ces opérations pour cancers.

Les épithéliomas centraux, encore limités aux acini, séparés de la capsule par une coque plus ou moins épaisse de tissu prostatique sont à peu près impossibles à diagnostiquer cliniquement et même au cours de l'intervention. Ceux-ci seront enlevés comme des hypertrophies banales. Lorsque le microscope aura révélé la nature des lésions, le chirurgien craindra, à juste titre, une récidive. Mais il n'en est pas moins vrai que dans un certain nombre de ces cas limités la prostatectomie pourra avoir enlevé tout le mal et qu'on pourra alors observer de longues guérisons, de même que certaines amputations du col utérin pour cancer ont pu donner quelques survies étonnantes.

Cette conception de l'épithélioma limité central et de la dégénérescence de l'hypertrophie simple en un point circonscrit nous paraît tout à fait en faveur de la voie transvésicale. Car celle-ci, bien mieux que la périnéale, nous permet d'enlever en un bloc sans morcellement, sans pincement, la prostate et l'urètre prostatique.

Maintenant que nous avons justifié l'emploi de la prostatectomie transvésicale, hâtons-nous de dire que nous n'avons aucunement l'intention de condamner la périnéale.

Toutes deux sont d'excellentes opérations ; c'est une question d'appréciation, de tempérament si l'on peut dire. Il y a un entraînement nécessaire pour

l'une comme pour l'autre, et tel chirurgien qui n'aura que de bons résultats par l'emploi d'une de ces méthodes, pourra voir sa statistique s'assombrir lorsqu'il aura recours à l'autre.

Il est enfin une raison d'ordre économique qui plaide en faveur de la prostatectomie transvésicale, raison de peu d'importance sans doute, mais qui trouve écho chez un certain nombre de malades ; et nous devons la faire entrer en ligne de compte, sans toutefois la mettre au rang d'une indication.

La prostatectomie transvésicale nécessite toujours un temps moins long pour obtenir une guérison complète ; d'où il résulte un séjour moins long à la maison de santé et des frais moindres pour le malade.

Numéro de la série. Nom et âge du malade	Date de l'opération. Résultat opératoire	Nature et ancienneté de la rétention	Poids de la prostate. Mode d'énucléation	Suites et complications opératoires	Résultat thérapeutique immédiat	Résultat thérapeutique éloigné. Examen ultérieur du malade
1° M. P..., 74 ans.	9 juin 1906. Guérison.	Rétention incomplète depuis dix ans. Rétention complète depuis trois mois. Infection. Calculs.	110 grammes. Deux lobes énucléés séparément.	Phlébite gauche. Sortie le 20 juillet.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.
2° M. de X..., 71 ans.	7 décembre 1906. Guérison.	Rétention incomplète sans infection depuis sept ou huit ans.	35 grammes. Un lobe médian, et le reste de la prostate avec urètre.	Sortie le 23 décembre.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.
3° M. L..., 63 ans.	2 février 1907. Mort.	Rétention avec distension. Incontinence depuis deux ans. Infection grave.	20 grammes avec l'urètre prostatique.	Mort le 17 février. Œdème pulmonaire.		
4° M. R..., 69 ans.	Mars 1907. Mort.	Rétention complète depuis un mois. Sondage très difficile.	45 grammes. Bonne énucléation sans urètre.	Mort subite le troisième jour.		
5° M. G..., 59 ans.	20 février 1907. Guérison.	Rétention avec distention et incontinence. Infection et calculs.	25 grammes. Enucléation pénible en plusieurs morceaux.	Sortie le 14 mars.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.

6° M. F..., 63 ans.	24 septembre 1907. Guérison.	Rétention incomplète depuis sept ans ; complète depuis six mois. Infection prononcée.	50 grammes. Deux lobes latéraux et un médian en bloc avec l'urètre.	Sortie le 16 octobre.	Parfait. Résidu nul.	Mort survenue un an après, sans récidive de troubles urinaires.
7° M. de L..., 53 ans.	1er février 1908. Guérison.	Rétention incomplète avec distension énorme depuis dix mois.	120 grammes. Enucléation rapide en un bloc ouvert en avant.	Sortie le 28 février.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.
8° M. B..., 79 ans.	8 septembre 1908. Mort.	Rétention incomplète avec distension (1 litre) depuis un an. Calculs. Infection vésicale.	80 grammes. Enucléation en un bloc avec l'urètre au centre.	Mort le 17 décembre. Troubles cardiaques.		
9° M. J..., 70 ans.	6 octobre 1908. Guérison.	Rétention incomplète infectée avec crises de rétention complète.	150 grammes. Enucléation en deux lobes ouverts en avant.	Sortie le 28 octobre.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.
10° M. G..., 61 ans.	5 janvier 1909. Guérison.	Rétention incomplète depuis un an ; complète depuis un mois.	80 grammes. Ablation en un bloc, avec urètre prostatique au centre.	Sortie le 12 mars. Phlébite et orchite gauches.	Rétention complète disparaît, mais sondage est nécessité par fistule.	Echec thérapeutique. Cystotomie pratiquée le 25 octobre 1909.
11° M. S..., 71 ans.	5 janvier 1909. Mort.	Rétention incomplète avec calculs.	45 grammes. Enucléation correcte.	Mort subite le 1er février. Phlébite. Embolie.		

Numéro de la série. Nom et âge du malade	Date de l'opération. Résultat opératoire	Nature et ancienneté de la rétention	Poids de la prostate. Mode d'énucléation	Suites et complications opératoires	Résultat thérapeutique immédiat	Résultat thérapeutique éloigné. Examen ultérieur du malade
12° M. B..., 53 ans.	18 janvier 1909. Guérison.	Rétention complète récente ; une crise antérieure.	150 grammes. Bonne énucléation.	Sortie le 20 février. Phlébite légère.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.
13° M. B..., 70 ans.	26 juin 1909. Guérison.	Rétention complète, chronique, infectée.	70 grammes. Enucléation facile.	Sortie le 17 juillet.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.
14° M. R..., 64 ans.	19 juillet 1909. Guérison.	Rétention incomplète avec calcul.	148 grammes. Enucléation avec urètre.	Sortie le 12 août.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.
15° M. G..., 81 ans.	12 août 1909. Guérison.	Rétention complète depuis trois mois. Infection et calculs.	200 grammes. Enucléation, lobes séparés.	Sortie le 10 septembre. Orchite bénigne et tardive.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.
16° M. X..., 77 ans.	25 août 1909. Guérison.	Rétention incomplète chronique, infectée. Distension et incontinence. Les sondages amènent rétention complète.	70 grammes. Enucléation très facile.	Sortie le 20 septembre. Pas de complications.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.
17° M. P..., 69 ans.	30 août 1909. Guérison.	Rétention complète récente ; incomplète chronique. Diabète.	35 grammes. Enucléation en bloc facile.	Sortie le 26 septembre. Funiculite et orchite droite. Escarre sacrée.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.

18° M. B..., 69 ans.	4 septembre 1909. Guérison.	Rétention incomplète avec distension. Crises de rétention complète. Infection.	72 grammes. Enucléation en lobes séparés, rapide.	Sortie le 24 septembre.	Parfait. Résidu nul.	Parfait.
19° M. V..., 77 ans.	12 octobre 1909. Guérison.	Rétention complète infectée. Polyurie trouble.	150 grammes. Enucléation en deux lobes séparés. Examen hystologique : Epithélioma.	Vessie fermée le onzième jour. Urémie à la troisième semaine. Le 18 novembre complètement guéri.	Miction toutes les deux heures. Résidu nul.	Trop récent.
20° M. G..., 63 ans.	6 novembre 1909. Guérison.	Rétention incomplète (300 gr.) avec crises de rétention complète.	70 grammes. Enucléation facile.	Vessie fermée le 19 novembre.	Miction toutes les trois heures. Résidu nul.	Trop récent.
21° M. L..., 63 ans.	6 novembre 1909. Guérison.	Rétention complète, avec infection vésicale légère.	30 grammes. Enucléation assez pénible.	Vessie fermée le 20 novembre, quatorzième jour.	Mictions toutes les quatre heures. Résidu nul.	Trop récent.
22° M. B..., 63 ans.	16 novembre 1909. Guérison.	Rétention avec distension et incontinence, infection et intoxication graves.	45 grammes. Bonne énucléation en deux valves.	Vessie fermée le 2 décembre, seizième jour.	Trop récent.	Trop récent.

STATISTIQUE OPÉRATOIRE

Les statistiques globales étant éminemment trompeuses, nous ne tiendrons compte que des statistiques personnelles.

Si nous commençons par la statistique de FREYER, le père de la méthode, nous voyons d'après le compte rendu de Proust à l'Association française d'Urologie, 1904, que sur 110 cas, il a 10 o/o de mortalité, et même qu'en ne tenant compte que des 107 cas de prostatectomie pour hypertrophie simple, il n'a que 10 morts, soit 9,3 o/o.

Dans le livre de Freyer traduit par le Dr de Valcourt nous trouvons une note traduite du *British medical Journal*, 3 octobre 1907, où Freyer compte 432 opérations dont les 107 dernières lui ont donné 7 morts, soit 6,5 o/o.

Dans *The Lancet*, 1er mai 1909, Freyer passe en revue ses 600 opérations de prostatectomie suspubienne lui donnant 37 décès, soit 6,15 o/o. Les 100 derniers cas lui ont donné 4 morts, soit 4 o/o.

MOYNIHAN, dans *The Practitioner*, 1908, donne 100 prostatectomies avec 8 morts, 8 o/o.

LASIO, de Milan (communication au Ier Congrès

de la Société italienne d'Urologie, Rome, 14-17 avril 1908, résumée dans le *Journal de Chirurgie* de septembre 1908, p. 645), a fait 47 prostatectomies suspubiennes avec 41 guérisons et 6 morts, soit 12,7 o/o. Un point de la statistique est intéressant, et vise les malades avec grosse distension vésicale, 600 à 1.500 centimètres cubes de résidu : dans ces cas, il opère sans traitement préalable à la sonde : 34 malades ne furent pas opérés, 18 guérisons, 16 morts, 13 furent opérés, 12 guérisons, 1 mort.

Israël (A. Cahn. *Deutsch mediziner Wochensschrift*, 1er avril 1909, p. 578), sur 40 observations a 6 morts, ce qui fait 15 o/o de mortalité. Des 34 survivants, 32 ont eu un résultat fonctionnel parfait, 2 ont eu de l'incontinence. La mortalité d'Israël serait due, pour son élève, à ce qu'il réserve la prostatectomie aux cas graves.

Certains chirurgiens étrangers comme Giordano, Nicolich, Rovsing, Zuckerkandl, n'opèrent que les malades *in extremis* et ont alors des mortalités effrayantes de 40 à 60 o/o (Desnos, Société de Médecine, 26 décembre 1908).

Pauchet au Congrès d'Urologie de 1908 a fait 60 prostatectomies suspubiennes ; d'après lui, les résultats immmédiats et éloignés sont parfaits. Mais il ne donne pas le pourcentage de sa mortalité.

Pousson (Société de Chirurgie, 30 janvier 1907), sur 22 prostatectomies transvésicales a 5 morts ; 20 o/o.

Loumeau a pratiqué 130 fois la prostatectomie suspubienne avec 13 décès, soit 10 o/o. Il considère l'opération de Freyer comme bénigne, mais pour éviter les complications tardives, il conseille de pratiquer les lavages jusqu'à éclaircissement complet des urines,

Carlier(*Annales génito-urinaires*, n° 18, p. 1396), dans ses 20 dernières opérations n'a eu aucun cas de mort.

Les chirurgiens parisiens ont peu publié, à notre connaissance, de statistique complète.

Notre statistique porte sur 22 cas, avec 4 morts, soit 18 o/o de mortalité.

Nous inclinons à croire que cette mortalité élevée est due à ce que les cas n'ont pas été choisis, mais qu'au contraire des malades très gravement atteints ont été opérés. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil sur le tableau ci-joint.

Nos morts sont les suivantes :

Observatoin III. — *Œdème pulmonaire.* — L..., soixante-trois ans, Angers. Opéré le 2 février, mort le 17.

Rétentionniste distendu incontinent infecté depuis deux ans. Ce malade n'a pas voulu être sondé assez longtemps ; le sondage methodique l'avait amélioré. Une prostatectomie en deux temps aurait sans doute été moins dangereuse.

Observation IV. — *Embolie.* — R..., soixante-neuf ans, Saint-Lambert Mort deux jours après l'opération.

Avait eu une congestion cérébrale l'année précédente. Une longue préparation locale et générale eut été nécessaire.

Observation VIII. — *Mort subite*. — B..., soixante-dix-neuf ans, Angers. Opéré le 9 septembre. Mort le 17.

Rétentionniste distendu (1 lit.) infecté depuis un an, calculeux, semble nettement être mort de troubles cardiaques, et eût sans doute succombé à toute intervention ; peut-être toutefois une intervention en deux temps eût-elle été plus prudente.

Observation XI. — *Mort subite*. — S.., soixante-douze ans, Quince. Opéré le 5 janvier. Mort le 1er février.

Rétentionniste incomplet et calculeux. Le malade est mort subitement, guéri opératoirement et fonctionnellement vingt-six jours après l'opération d'une embolie consécutive à une phlébite légère peut-être insuffisamment surveillée.

Si nous divisons nos malades par catégories morbides, nous voyons qu'ils se classent en quatre groupes :

Rétention complète	non infectées, IV, X, XII, XVII	= 1
	infectées, I, VI, XIII, XV, XIX, XXI	= 0
Rétention incomplète sans distension	non infectées, XI, XIV, XX	= 1
	infectées, IX	= 0
Rétention incomplète avec distension	non infectées, II, VII	= 0
	inf., III, V, VIII, XVI, XVIII, XXII	= 2

Nous voyons que les rétentions incomplètes avec distension et non infectées ne sont pas extrêmement

graves si le malade n'est pas sondé avant par d'autres que le chirurgien. Pour ces malades peut-être pourrait-on penser à la prostatectomie d'emblée ou à la cystostomie. M. Brin a préféré le sondage aseptique, sous sa surveillance, et il a eu 2 succès.

Si nous divisons nos malades suivant la date de l'opération, nous avons deux séries de 11 cas chacune.

11 opérations avec 4 morts, soit 36,4 o/o
11 opérations avec o mort, soit o o/o

Ne devons-nous pas bien augurer de la comparaison de ces deux séries, et espérer que la série suivante ne nous donnera elle aussi que des succès, tant est vrai le vieil adage *fit fabricando faber ;* plus le chirurgien aura la pratique de l'opération, plus il écartera les causes de mortalité.

OBSERVATIONS

Nous allons maintenant exposer nos observations. Nous ferons auparavant remarquer l'intérêt que présente cette série de vingt-deux observations inédites. Elles sont toutes dues à la pratique d'un même chirurgien ; et de cette unité d'origine, on est fondé de tirer des conclusions plus fermes que si ces observations se répartissaient sur la pratique de plusieurs opérateurs.

La technique qui n'est pas détaillée au cours de ces observations se rapproche le plus possible de celle de Freyer, surtout dans les dernières opérations. C'est d'ailleurs une évolution qu'ont suivie presque tous les chirurgiens de la prostate.

Quant aux soins consécutifs, on peut dire qu'au début, les malades ont été traités de façon très différente. Le Dr Brin en présence d'un malade nouveau a essayé, tout en le faisant profiter de son expérience acquise, d'améliorer encore ces soins post-opératoires, pour arriver à une ligne de conduite définitive qui, à l'heure actuelle est la suivante : Tube de Marion pendant trois jours. Pas de lavages le premier jour. Lavages hypogastriques fréquents à

partir du deuxième jour. Appareil d'Irving le quatrième ou le cinquième jour, quand le tube hypogastrique est enlevé.

Lavages vésicaux par la sonde urétrale seulement à partir du huitième ou du dixième jour. Sonde à demeure quand la plaie vésicale est presque guérie.

OBSERVATION I

Hypertrophie prostatique, rétention incomplète depuis dix ans, complète depuis trois mois. — Infection et calculs. — Prostatectomie suspubienne. — Guérison.

M. F..., soixante-quatorze ans, Angers.

A toujours joui d'une bonne santé.

Depuis une vingtaine d'années, ont apparu quelques troubles urinaires, consistant en fréquence de mictions, d'abord la nuit, puis dans la journée même. Jusqu'à il y a deux ans, le malade n'en a pas été incommodé et n'a pas eu d'accidents. A cette époque, il urinait deux ou trois fois la nuit. Il fit, il y a deux ans, sans qu'il s'en rappelle la cause, une rétention brusque d'urine, rétention complète. Le sondage fut nécessaire et le cours des urines se rétablit aussitôt. Mais, depuis ce moment, les mictions augmentent de fréquence et les besoins se rapprochent, au point de nécessiter, après un intervalle de quelques jours, quatre à cinq généralement, l'emploi de la sonde, pour évacuer le bas-fond de la vessie.

Puis les sondages doivent être répétés plus souvent et

depuis deux ou trois mois, la rétention d'urine s'est installée définitive et complète. Le malade a recours à la sonde, plusieurs fois, le jour et la nuit. Depuis une quinzaine, les urines sont boueuses : les besoins d'uriner, très fréquents, se répètent dans les derniers jours toutes les cinq minutes. Le malade souffre continuellement, est obligé de se sonder toutes les deux heures avec des souffrances intenses.

La sonde introduite dans la vessie butte sur un calcul.

Au toucher rectal, prostate grosse et plutôt souple, à l'explorateur métallique on tourne facilement le bec dans tous les sens.

Désinfection de la vessie les jours qui précèdent l'opération.

Intervention le 9 juin 1906, sous chloroforme.

La vessie est remplie d'eau boriquée. Il y a une sonde dans la vessie. Plan très légèrement incliné. Un aide introduit deux doigts dans le reetum et repousse la prostate en avant.

Incision suspubienne. Découverte de la vessie et protection du péritoine.

Incision médiane sur la face antérieure du globe vésical, extraction d'un calcul phosphatique. L'index droit pénètre dans la vessie après qu'une irrigation chaude a arrêté le sang. Il reconnaît les lobes prostatiques volumineux. L'ongle, introduit sous la muqueuse vésicale, ramène d'abord le lobe médian de la prostate, puis le lobe droit et enfin le lobe gauche en deux morceaux. Le doigt de l'opérateur est encore séparé de ceux de l'aide par une masse que l'index ramène ; c'est le reste de la prostate. L'opérateur place un doigt dans le rectum et peut sentir ainsi qu'il n'y a plus de prostate interposée entre ses deux mains.

Irrigation chaude de la vessie. Il s'écoule très peu de sang. On a retiré une prostate de 110 grammes.

On place dans la vessie un gros drain en caoutchouc et on suture la vessie au-dessus et au-dessous.

Drainage de la cavité prévésicale par un deuxième drain, petit.

Quelques crins sur la peau.

L'opération a duré quarante-cinq minutes dont vingt ont été consacrés à l'extraction de la prostate.

Suites opératoires. — 9 juin. — Morphine.

On change le pansement, souillé d'urine toutes les deux heures.

Injection de sérum.

Température soir 36°4. Pouls 108.

10 juin. — Morphine.

Injection de sérum.

On change le pansement, souillé d'urine, toutes les deux heures environ.

Température 36°8-37. Pouls 108-104.

Lavage de l'urètre au bock et à l'eau bouillie chaude.

L'eau reflue par le drain, entraînant les mucosités purulentes du bas-fond.

Pas d'hémorragie.

Le pansement mouillé est changé plusieurs fois par jour.

11 juin. — Lavement et eau de Janos, selle. Lavage de la vessie.

12 juin. — Lavement glycériné. Le drain antérieur est enlevé.

13 juin. — On enlève le gros drain vésical. Lavage de la

vessie. Il se détache quelques membranes du fond de la vessie. On touche à l'eau oxygénée.

14 juin. — Mêmes soins.

La température monte à 37°2 le soir. Quinine.

15 juin. — Essai de sonde à demeure. Dans la soirée, le malade ressent une douleur dans l'hypocondre droit ; on retire la sonde pour permettre au malade de s'asseoir et de varier ses positions.

16 juin. — Lavage de la vessie avec une sonde introduite par l'urètre. Il s'écoule au début quelques gouttes de sang. Les débris de la loge prostatique continuent à s'éliminer par lambeaux. Eau oxygénée.

17 juin. — On décolle sur quelques centimètres la paroi abdominale, dont l'orifice tend à se refermer. Les bords de la plaie sont recouverts de fausses membranes.

Les points de suture sont enlevés. Après le lavage à l'eau bouillie chaude par la plaie abdominale et la sonde urétrale, on commence le lavage au nitrate d'argent.

23 juin. — La plaie a maintenant un aspect rouge, elle bourgeonne. Sa lèvre droite est débarrassée de ses fausses membranes. Il en reste encore quelques-unes à gauche qui tombent chaque jour au lavage.

L'orifice se rétrécit.

26 juin. — Le malade commence à émettre quelques gouttes d'urine lorsqu'il va à la selle.

La plaie est débarrassée de ses membranes. Elle bourgeonne activement. On la cautérise au crayon de nitrate d'argent.

Lorsqu'on a fait le lavage de la vessie, celle-ci se vide complètement et se contracte sur la sonde.

On fait lever le malade quelques instants les jours suivants, en appliquant un tampon de ouate sur la plaie abdominale. Il souille beaucoup moins son pansement. Les urines sont émises en presque totalité par le canal.

3 juillet. — Diminution de l'appétit. Mauvaise bouche. La température monte de quelques dixièmes le soir.

4 juillet. — Température matin 37°2, soir 38 degrés.

5 juillet. — Température matin 36°3, soir 38°4.

Les urines sont claires. Pas de toux. Douleur dans l'hypocondre droit. Diarrhée.

Rien du côté de l'appareil respiratoire, ni de l'appareil urinaire.

La température descend les jours suivants et se maintient à 37 degrés le soir pendant huit jours. Pendant ce temps apparaît de l'œdème du pied gauche, avec douleur à la palpation du mollet. Cordon veineux.

12 juillet. — On met une sonde à demeure, au goutte à goutte. Lavage de la vessie deux fois par jour à l'eau boriquée, une fois au nitrate d'argent.

Il ne s'écoule pas de liquide par l'orifice abdominal qui a à peine les dimensions d'une plume d'oie et se rétrécit de jour en jour.

19 juillet. — On retire la sonde.

L'orifice abdominal est bouché.

Le malade urine seul, toutes les heures et demie environ le premier jour. Les urines sont claires. Il y a à peine de résidu.

Il a été maintenu au lit une quinzaine de jours. La jambe est beaucoup moins enflée. Le mollet est toujours un peu sensible au palper.

Les jours suivants, un seul lavage de la vessie est nécessaire. Les urines sont très claires. Lorsque le malade quitte la maison de santé, il urine toutes les deux heures et demie ou trois heures et deux ou trois fois la nuit.

Il a pris du salol tout le temps de son séjour à la maison de santé.

Le malade, présenté à la Société de médecine le 5 décembre 1906, est dans un état remarquable de santé.

Il ne se sent plus de sa phlébite. Il urine environ toutes les quatre heures dans la journée et une fois seulement la nuit.

Les urines sont parfaitement claires.

L'évacuation vésicale se fait sans résidu.

Au toucher rectal, on trouve une région absolument souple au siège de la défunte prostate.

Au mois d'octobre 1909. le malade est en excellent état : urines claires ; pas de résidu ; une miction la nuit.

OBSERVATION II

Rétentionniste incomplet non infecté. — Prostatectomie sus-pubienne. — Guérison.

M. de X..., soixante et onze ans, colonel en retraite.

Aucune maladie, sauf une blennorragie à l'âge de vingt-quatre ans, ayant duré deux ou trois mois et compliquée d'épididymite droite. Il y a environ seize ans, le malade constate une grande diminution dans la force du jet urinaire. Ce n'est que quelques années plus tard que les mictions deviennent de plus en plus difficiles. Le malade émet

quelques gouttes, un petit filet d'urine, et ce n'est qu'après plusieurs essais de miction incomplète, qu'il arrive à vider sa vessie.

Depuis sept ou huit ans, il a besoin d'uriner la nuit, et se lève une ou deux fois pendant son sommeil. Il vient consulter, il y a quatre ans, M. le Dr Brin qui le soumet à un régime ioduré.

Dans ces quatre dernières années, les mictions se répètent plus fréquemment. Il est obligé le matin, au lever, de faire trois ou quatre essais de miction avant d'évacuer sa vessie. Il peut alors attendre trois heures ou trois heures et demie avant que le besoin d'uriner ne se montre à nouveau.

L'état reste sensiblement le même jusqu'à l'été 1906, époque à laquelle le malade se lève deux ou trois fois la nuit pour uriner. Depuis, les mictions noturnes se répètent cinq ou six fois ; elles sont assez éloignées dans la journée, toutes les trois heures environ.

Depuis cinq semaines, les besoins d'uriner se font beaucoup plus pressants, plus rapprochés le jour, plus nombreux la nuit, jusqu'à dix et douze fois. Avec cela, mauvais état général ; bouche mauvaise et un peu sèche ; impossibilité d'avaler des aliments solides.

Le malade entre à la maison Saint-Louis. Le 28 novembre 1906, on le sonde à la sonde molle, avec lavages boriqués. L'exploration par l'anus montre une grosse prostate.

On sent à la sonde un rétrécissement léger, n° 22, de l'urètre spongieux. On constate un énorme résidu après la miction, 500 grammes environ, l'urine sort en bavant.

Les sondages bi-quotidiens, faciles les trois premiers

jours, commandent bientôt la sonde béquille. puis même le mandrin. On constate que la saillie de la prostate a dévié l'urètre vers la gauche. Les urines sont claires, non purulentes. Mais le résidu reste important : 300 ou 400 grammes.

Meilleur état depuis les sondages et les lavages boriqués. Les besoins pressants, irrésistibles que le malade éprouvait avant son entrée à Saint-Louis ont disparu.

Salol depuis le 28 novembre. N'a jamais uriné de sang ni de pus. Pas de retention complète. Pas d'incontinence. Le malade ne veut pas être exposé au sondage à vie et réclame l'opération. Purgation saline le 6 décembre. Intervention le 7 décembre 1906.

Chloroforme.

Sondage à la sonde béquille n° 18. Lavage boriqué, nitrate d'argent au 1/1000. Puis eau boriquée qu'on laisse dans la vessie.

Plan légèrement incliné.

Incision sus-pubienne. La vessie apparaît sillonnée de gros vaisseaux. Ponction au bistouri sur la ligne médiane, entre deux gros vaisseaux. On prolonge l'incision aux ciseaux, les lèvres de la plaie ayant été pincées.

Le liquide épongé, on aperçoit les lobes prostatiques, faisant saillie. Les doigts de la main gauche de l'opérateur (gants de caoutchouc) sont introduits dans le rectum, repoussant la prostate en avant, tandis qu'un aide rabat la sonde sur le pubis, refoulant l'urètre contre cet os. L'index droit, introduit dans la vessie, déchire la muqueuse et pénétrant sous la capsule prostatique fait sauter le lobe médian, gros comme une noix. Le même index n'arrive pas à se frayer un

passage sous la capsule pour énucléer les autres lobes. La prostate est saisie avec une pince et la capsule incisée aux ciseaux. L'index alors arrive à libérer la prostate de la capsule. On sent par la vessie le doigt rectal : toute la glande est enlevée. L'énucléation a duré sept minutes. Très peu de sang : lavage chaud et tamponnement compressif après avoir retiré la sonde de l'urètre.

Prostate 35 grammes, avec l'urètre prostatique.

On place dans la vessie un gros drain. Suture de la vessie au-dessus du drain, au catgut.

Sutures musculo-aponévrotiques au catgut.

Sutures de la peau aux crins. Petite mèche dans l'angle inférieur de la plaie sous le drain. L'opération a duré trente et une minutes.

7 décembre. — Un vomissement chloroformique avant le réveil. Dans la soirée, un peu de sang dans l'urine drainée : lavage chaud qui arrête l'hémorragie. Pouls lent et très frappé ; température 37 degrés. Injection sous-cutanée de 0,05 de spartéine.

8 décembre. — Un peu de sang le matin. Lavage chaud. Pansement. Rend des gaz. N'a pas eu de vomissements ; température matin 36°9 ; soir 36°9.

9 décembre. — Lavement. Selle.

Température matin 36° 7; soir 36°6.

Lavement chaud boriqué par le tube. Liquide légèrement teinté de sang, après un lavage urétrovésical sans sonde.

10 décembre. — Même lavage. Purgation : abondante selle bilieuse. Bouche meilleure.

Température matin 36°6 ; soir 36°7.

11 décembre. — Le gros drain est enlevé de la vessie : on

le remplace par une sonde de Nélaton, par laquelle on fait les lavages à chaque pansement. Le liquide devient très clair : pas de pus, pas de sang.

Température matin 36°2 ; soir 36°6. Salol 1 gramme.

12 décembre. — Le mauvais goût de la bouche a disparu. Le malade s'alimente.

Lavage de la vessie et par la plaie abdominale et par l'urètre avec la canule de Janet.

Température matin 36°1 ; soir 36°9.

La sonde de Nélaton qui reste tout le jour dans la plaie draine l'urine dans un urinal. Le malade ne se souille pas : urines un peu foncées.

13 décembre. — Même état. Lavement glycériné : selle.

Température matin 36°2 ; soir 37°1.

On enlève les crins. Plaie parfaitement cicatrisée : pas de réaction.

14 décembre. — On introduit avec le mandrin une sonde béquille n° 18 qu'on laisse à demeure.

Température matin 35°2 ; soir 36°9.

On enlève la sonde de Nélaton, qui passe presque à frottement dans la plaie vésiculaire. On la remplace par un tout petit drain.

15 décembre. — Lavage. Température matin 36° 1 ; soir 36° 5.

Le soir on enlève la sonde à demeure.

16 décembre. — Purgation (Janos).

Lavage de la vessie par une sonde introduite dans l'urètre. La vessie commence à se contracter et le liquide revient par la sonde.

Température matin 36° 2 ; soir 37° 8.

17 décembre. — Il revient davantage de liquide par la sonde au cours du lavage. La vessie se contracte.

On enlève le petit drain. Le malade se lève une heure.

Température matin 36° 3 ; soir 36° 8.

18 décembre. — A eu la nuit un besoin assez pressant d'uriner. Dans un effort fait par le malade pour saisir son urinal il se sent inondé : la vessie s'est vidée subitement par la plaie.

Purgation : selle très copieuse.

Lavage : une injection sous faible pression à la seringue par la sonde, ne revient pas par la plaie abdominale. On injecte 35 grammes d'eau boriquée, sans qu'elle ressorte par la fistule.

Injection au nitrate d'argent au 1/1000. Une heure de lever.

5 heures soir : *sonde à demeure*. Température matin 36°8 ; soir 36° 7.

19 décembre. — Par la sonde à demeure : eau boriquée et nitrate d'argent. *La plaie vésicale est cicatrisée.* On injecte facilement 50 grammes d'eau boriquée dans la vessie. Celle-ci se contracte bien : le liquide est projeté et ne sort plus en bavant. Le doigt introduit dans le rectum sent une masse au niveau de la loge prostatique. Le malade émet un jet purulent par l'urètre. Les lavages deviennent propres.

Température matin 36° 6 ; soir 36° 9. Un petit frisson le soir.

Depuis deux jours, le malade est au lait et à une alimentation peu substantielle. 0 gr. 50 de quinine ; 1 gr. 50 de salol.

20 décembre. — Le matin on enlève la sonde à demeure.

Température 36° 4. Lavages. Injection de 110 grammes d'eau boriquée qu'on laisse dans la vessie à 11 h. 1/2. A

2 heures le malade est levé et en se présentant à la garde-robe émet plusieurs jets d'urine, deux autres mictions jusqu'à 4 heures. Urines claires.

4 heures soir : Température 37°8 sans frisson. Sondage à la sonde béquille n° 16, sur mandrin, et lavage ; le sondage fait une demi-heure après la miction ramène à peine 50 grammes d'urines claires.

Urine seul dans la nuit, souvent, une dizaine de fois. De 5 heures du soir, le 20, à 10 heures du matin, le 21, 1500 grammes d'urines claires. Les urines présentent un dépôt plus abondant lorsque le malade urine debout.

21 décembre. — Température matin 36°6.

Sondage et lavage à l'eau boriquée et nitrate d'argent avec sonde béquille sur mandrin, mictions spontanées et soumises à la volonté du malade. Le soir, sondage fait dix minutes après la miction ; on retire de la vessie une cuillerée à dessert d'urine.

Le malade part le 23 décembre, complètement guéri.

Un an après l'opération, il est en parfait état, urinant toutes les quatre ou cinq heures, se levant une fois par nuit, et quelquefois passant la nuit sans uriner.

Il n'y a pas du tout de résidu.

La sonde béquille n° 23 passe sans difficulté.

OBSERVATION III

Hypertrophie prostatique et rétention avec distention, incontinence. — Insuffisance rénale. — Prostatectomie. — Mort au bout de quinze jours d'œdème pulmonaire.

M. L..., soixante-trois ans, propriétaire à Angers.

Pas de maladies antérieures. Depuis sept ou huit ans,

quelques troubles urinaires, consistant en plus grande fréquence des mictions et une ou deux mictions la nuit.

Depuis deux ans ces troubles s'accompagnent par moment de troubles généraux, troubles gastriques, mauvaise bouche, perte de l'appétit, sommeil difficile. Consulte à ce moment le Dr Mâreau d'Angers, qui constate après la miction une rétention d'urine assez abondante, 1/4 à 1/2 litre. Traitement : évacuation de la vessie mettant fin aux troubles généraux qui reviennent par période.

Dans l'hiver 1907, état général beaucoup plus atteint, langue sèche, perte de l'appétit, pas de sommeil. Amélioration beaucoup moindre par les sondages pratiqués comme par le passé.

Rétention plus considérable, et apparition la nuit de perte des urines par regorgement. Infection des urines, très troubles, abondantes, renfermant du pus. Présence dans les urines d'albumine rénale et peu d'urée, 2.000 à 2.500 d'urines.

Réflexes normaux.

14 janvier 1908. — Entrée à Saint-Louis. Désinfection de la vessie.

21 janvier. — Urée, 7 gr. 5 par litre.

23 janvier. — Urée, 9 gr. 25 ; albumine rénale, 0 gr. 76.

29 janvier. — Urée, 10 grammes ; albumine rénale, 0 gr. 27 par litre.

1er février. — Urée, 10 gr. 5 ; albumine rénale, 0 gr. 21.

Au toucher, petite prostate dure.

2 février. — Opération sous chloroforme.

Incision aussi petite que possible en évitant les décollements périvésicaux.

Ablation assez laborieuse d'une petite prostate, 20 grammes avec l'urètre prostatique.

Gros drain.

2 février. — Spartéine, 0 gr. 05. Sérum artif. 250 grammes.

Sang. Lavages chauds, antipyrinés par le drain. Pas de douleurs du ventre.

Température, 36°4; pouls, 110.

3 février. — Vomissements dans la nuit. Rend des gaz.

Matin : Lavage par l'urètre à la Janet, ramène sang. Lavage à la sonde par le drain. Soir : Lavage par l'urètre à la Janet, ramène sang. Lavage à la sonde par le drain.

Nausées.

4 février. — Meilleure nuit. Urines sanguinolentes.

Lavage par l'urètre à la Janet : sang, matin et soir ; nausées. Commence à prendre du tapioca.

Il revient dans les lavages quelques débris de muqueuse.

5 février. — Lavement ; matières dures. Magnésie.

Urines, 2.000 grammes, sanguinolentes, sans dépôt, sans caillot. Pas de lavages avec la canule de Janet.

Meilleure nuit. Bouche humide. Ablation du petit drain.

Pas d'odeur des urines. Pas d'infection de la plaie.

6 février. — Urines, 2.000 grammes, plus claires,

Limonade purgative : 2 selles.

L'état général est satisfaisant, mais le malade commence à tousser.

7 février. — Toux : bronchite. Urines, 1.000 grammes. Soir : Ablation du gros drain.

Sonde à demeure de 5 heures à 9 heures, enlevée parce que sang à la suite de quintes de toux.

Salol, terpine, quinine.

Lavage à l'eau oxygénée. Nitrate d'argent. Température : soir, 38 degrés.

Mauvaise nuit.

8 février. — Lavage par l'urètre sans sonde et ensuite par une sonde à béquille introduite par l'urètre.

Eau oxygénée et nitrate d'argent. Commence à éprouver le besoin d'uriner lorsqu'on distend la vessie par l'injection avec la canule de Janet.

Température 38°2, 38°3; pouls 104.

9 février. — Mêmes soins. Les lavages ne ramènent pas beaucoup de pus.

Température 38°3, 38°7.

10 février. — On enlève les crins.

La plaie abdominale est belle.

11 février. — Pouls irrégulier à 136.

Huile camphrée : soir pouls régulier à 100.

Température 37°4, 37°9. Mêmes soins.

12 février et jours suivants. — Bronchite et congestion des bases d'abord, puis œdème diffus du poumon.

Température ascendante ; pouls de plus en plus rapide.

Mort le 17. Température 39°1, pouls 144.

OBSERVATION IV (Résumée)

Rétention complète injectée depuis un mois. — Difficultés de cathétérisme. — Prostatectomie suspubienne. — Mort le troisième jour d'embolie.

M. R... soixante-neuf ans, Saint-Lambert du Lattay.

Prostatique depuis longtemps. Rétentionniste complet

depuis un mois. Depuis quinze jours, les sondages deviennent, par suite de l'infection, fréquents, douloureux et difficiles.

Grosse prostate molle. Malade très gros, pléthorique, ayant eu un an auparavant une congestion cérébrale.

Après une semaine de désinfection, on pratique la prostatectomie suspubienne sous chloroforme.

Opération facile durant vingt minutes, enlevant une prostate bien énucléée, lisse, du poids de 45 grammes.

Peu d'hémorragie.

Drain de Freyer. Le malade reste longtemps assoupi après l'opération. Le deuxième jour il paraît remonter, quand, au bout de quarante-huit heures, il meurt subitement, très probablement d'une embolie.

OBSERVATION V

Hypertrophie prostatique avec infection vésicale très prononcée. — Rétention et incontinence nocturne. — Calcul urique recouvert de cristaux. — Lithotritie et lavages vésicaux. — Puis prostatectomie suspubienne. — Guérison.

M. G..., cinquante-neuf ans, propriétaire à Saint-Saturnin

Opéré en 1902 par un chirurgien, qui lui fait une lithotritie pour cystite calculeuse, remontant à 1900 : douleurs et hématuries vésicales provoquées. Il n'a jamais été complètement rétabli. Les douleurs ont continué avec émission d'urines troubles. Depuis deux mois, les douleurs sont beaucoup plus vives, avec hématuries : améliorées par le repos, très violentes par la fatigue.

Cet état se complique, en octobre 1906, d'incontinence nocturne des urines. Au mois de décembre suivant, névralgies intercostales attribuées par un médecin à une infection rénale.

Mictions toutes les heures la nuit tant que le malade a été continent. Autant et plus le jour.

Après miction, on retire de la vessie deux verres d'urine purulente, soit 450 grammes. La vessie renferme un gros calcul. Au toucher grosse prostate.

Un peu de sucre dans les urines : il disparaît assez rapidement sous l'influence du régime. Polyurie : en moyenne 2.500 grammes en vingt-quatre heures.

8 février. — Lithotritie : on retire 50 grammes de sable. Saigne un peu pendant trois jours.

Nitrate d'argent douloureux le premier jour.

L'incontinence persiste la nuit, lorsqu'on a enlevé la sonde à demeure.

20 février. — Prostatectomie sus-pubienne. Prostate difficile à énucléer, un peu molle. On réussit à l'avoir avec l'urètre prostatique. Le tout pèse 25 grammes. Hémorragie abondante qui cède aux lavages chauds.

Drain et sutures.

Reprise de l'hémorragie lorsque le malade est transporté dans son lit. On ouvre à nouveau la vessie, en faisant sauter les points de suture. On vérifie au doigt la plaie prostatique, lavage chaud et compression momentanée avec compresse serrée.

Drain et sutures.

20 et 21 février. — Sang. Lavages fréquents chauds à

l'eau oxygénée par le drain sus-pubien. Sérum : 1.000 grammes.

21 février soir. — Température 38°4. Malade fatigué. Huile camphrée.

On a recueilli par un tube adapté au drain deux litres d'urine moins sanguinolente.

Apyrexie. Le malade a demandé un peu de vin de Bordeaux. Il est gêné en respirant.

23 février. — Urine 1.500 grammes : peu de sang.

Lavage par sonde béquille. Lavement : selle.

24 février. — Urine 1.500 grammes. On enlève le drain.

Lavages à partir de ce jour de la vessie par une sonde de Nélaton introduite par l'urèthre.

25 février. — *Idem.*

26 février. — On commence le nitrate d'argent.

1er mars. — La vessie commence à se contracter. Le malade urine par la sonde après lavage. Le lavage revient presque propre.

4 mars. — Sonde à demeure qui reste quarante-huit heures.

6 mars. — Sonde enlevée, vessie fermée.

7 mars. — Le malade se lève. La plaie vésicale est fermée ; il ne reste plus à se cicatriser que les plans superficiels. Le malade pisse seul et sans résidu. Mictions toutes les heures les premiers jours. Trois lavages dans la journée.

13 mars. — La plaie abdominale est cicatrisée. Les mictions sont plus espacées, moins claires.

A son départ il urine environ toutes les deux heures et demie et une ou deux fois la nuit.

Pas de rétention.

M. G..., présenté à la Société de médecine d'Angers, à la séance de juin, est tout à fait guéri. Il n'urine jamais la nuit et toutes les quatre ou cinq heures le jour. Il mène une vie très active et goûte un bien-être qu'il n'avait pas ressenti depuis plus de quinze ans.

Il n'a aucun résidu. Le Béniqué 48 passe facilement.

OBSERVATION VI

Rétention incomplète depuis sept ans. — Rétention complète depuis six mois. — Infection prononcée. — Prostatectomie sus-pubienne. — Guérison.

M. F.... soixante-trois ans, pépiniériste à Angers.

Pas de maladies antérieures. Commence à uriner plus souvent depuis sept ans environ. époque à laquelle apparaissent des mictions nocturnes. Ces mictions nocturnes deviennent progressivement plus fréquentes, trois ou quatre fois la nuit. Apparition de douleurs sciatiques assez tenaces il y a quatre ans. Il éprouve peu de temps après, quelques troubles digestifs ; on lui conseille alors le sondage. Le malade se sonde de temps à autre, pour évacuer le résidu de la vessie, lorsque les troubles digestifs apparaissent. Puis le malade est obligé de recourir à la sonde plus fréquemment. Les urines s'infectent, les douleurs apparaissent et avec elles des envies d'uriner plus fréquentes. Depuis un peu plus d'un an, les mictions sont assez nombreuses, trois ou quatre fois le jour, cinq ou six la nuit. Depuis mars dernier, rétention complète, avec troubles digestifs graves, dysphagie buccale. Depuis un mois ou deux les sondages sont très répétés, quatre ou cinq fois par jour et quelquefois huit ou dix la nuit.

Le malade est soumis à une désinfection vésicale soigneuse pendant dix jours.

Opération le 24 septembre 1907 avec le Dr Roguet.

Lavage vésical. Introduction d'eau boriquée dans la vessie, sonde à béquille munie d'un bouchon.

Position inclinée.

Cystostomie. — Un aide repousse la prostate par un doigt introduit dans le rectum. Le bec de la sonde rabattu en avant protège la paroi antérieure du canal.

Essai de décortication avec l'ongle impossible. On l'amorce par un coup de ciseaux dans la muqueuse vésicale. Décortication facile. Ablation d'une prostate de 50 grammes, en totalité, avec un petit lobe postérieur déchiqueté et deux gros lobes latéraux. Avec elle l'urètre prostatique et des fibres circulaires, formant le sphincter vésical, très nettes.

Peu de sang. Lavages chauds qui amènent une hémostase rapide. La sonde a été enlevée.

Gros drain vésical. Suture de la vessie. Sutures cutanées. Petites mèches en avant et en arrière du drain.

Suites opératoires. — 24 septembre. — Sang. Toutes les deux heures lavage chaud et eau oxygénée par le drain. Température 36°3, le soir.

25 septembre. — Pas de sang dans les urines. Lavages. Rend des gaz le matin.

Température 37°1, matin et soir. Pouls 88.

26 septembre. — Pas de sang dans les urines.

Les mèches sont changées chaque jour.

Lavage de la vessie, par l'urètre avec la canule de Janet.

Salol et quinine.

27 septembre. — Urines encore un peu sanguinolentes.

Lavage de la vessie par l'urètre.

Lavement et eau de Janos. Selle.

Apyrexie. Pouls de 80 à 88.

28 septembre. — Le gros drain vésical est sorti et ne peut être remis en place. On le remplace dans la vessie par une sonde Nélaton introduite par la plaie.

Urines encore foncées, mais non sanguinolentes.

29 septembre. — Lavage de la vessie par une sonde béquille introduite dans la vessie par l'urètre.

Injection de nitrate d'argent.

30 septembre. — Lavage de la vessie à la sonde par l'urètre, et les jours suivants.

La sonde-drain est enlevée.

Vessie propre, mais urines foncées et troubles.

1er octobre. — On alterne le salol avec l'urotropine.

Même pansement.

2 octobre. — On enlève les crins.

Diarrhée dans la nuit, dure deux ou trois jours.

3 octobre. — La vessie commence à se contracter quand on introduit la sonde.

La plaie abdominale est presque fermée.

6 octobre. — Sonde à demeure. Il ne s'écoule plus rien par la plaie abdominale, dont l'orifice est très petit ou même fermé. On laisse la sonde jusqu'au 8 octobre au matin. La plaie vésicale est complètement fermée et le malade urine tout seul toutes les heures.

Trois lavages par jour. Il vide bien sa vessie; à peine quelques grammes de résidu.

9 octobre et jours suivants. — Urine toutes les heures ou une heure et demie. La plaie abdominale se cicatrise pro-

gressivement. Les urines sont toujours troubles et même assez épaisses. Le malade est mis quelques jours au régime lacté. Les urines deviennent plus abondantes et plus claires.

Lorsque le malade quitte la maison de santé, il urine toutes les deux heures et demie à trois heures. Urines presque éclaircies. Pas de résidu.

Le malade présenté à la Société de Médecine d'Angers au commencement de novembre 1907 a un état général excellent ; ses mictions sont parfaites, quatre ou cinq fois le jour, deux ou trois fois la nuit. Pas de résidu.

M. F... est mort de cachexie, sans troubles urinaires, à la fin de 1908, plus d'un an après l'opération.

OBSERVATION VII

Hypertrophie prostatique. — Rétention chronique avec distention et incontinence nocturne. — Taille vésicale, énucléation rapide d'une grosse prostate de 120 grammes. — Guérison.

M. de L... La Meignanne, cinquante-trois ans.

Fièvre typhoïde à onze ans.

Abcès ganglionnaire du cou il y a quinze ans. Ouverture, puis ablation d'un ganglion suppuré par le Dr Heurteaux.

Deuxième abcès ganglionnaire ouvert et touché à la teinture d'iode quelques années après par un chirurgien d'Autun.

Depuis une quinzaine d'années, le malade urine difficilement très souvent et très peu à la fois, Il s'écoule un certain temps avant que l'urine ne vienne, lorsqu'il veut uriner. Le

jet est bifurqué et sans force. En 1900, la gêne est très marquée.

A cette époque, le malade a un coup de fouet et s'alite. Il urine difficilement et se fait examiner. On veut le sonder mais l'opération est impossible à cause de la douleur que provoque l'introduction de la sonde. Le D. Potherat porte le diagnostic de rétrécissement et pratique une urétrotomie interne. Le malade n'accuse dans ses antécédents aucun traumatisme de l'urètre, aucune urétrite.

Après l'urétrotomie, le malade ne garde la sonde que quelques heures, les douleurs qu'elle provoque étant intolérables. On essaie plusieurs fois de remettre la sonde, mais toujours sans succès. Pas de dilatation.

Consécutivement, cystite qui fait souffrir le malade pendant longtemps. Les urines restent purulentes pendant trois ans.

Il y a quatre ans le malade revient de Paris à la campagne où il se traite ayant toujours les douleurs vésicales. Le régime végétarien et l'usage du lait et de l'eau améliorent l'état urinaire, et depuis cette époque (1904) le malade urine beaucoup moins souvent, toutes les quatre ou cinq heures ; le jet est plus fort. Cette amélioration se maintient deux ans.

Depuis un an, le jet est sans force, la difficulté de miction extrême. Depuis septembre 1907 surtout, les besoins sont plus fréquents et le malade est très fatigué. A Pâques 1907, il a commencé à avoir des coliques dans le bas-ventre, à droite, sans envie d'uriner. A ce moment, le Dr Poitout constate un gros globe vésical et propose les sondages que le malade refuse. Lorsque le malade attend un besoin pour uriner, l'urine ne vient pas ou seulement par gouttes. Il urine

donc très souvent et plus facilement, pour éviter ces besoins irrésistibles.

Depuis septembre, perte complète de l'appétit, mauvaise bouche, soif insatiable. Constipation opiniâtre.

Insomnie ; incontinence légère la nuit de temps en temps.

M. de L... entre à la clinique le 11 janvier 1908.

Malade très nerveux. Pas de troubles médullaires. Pas de signes de syphilis nerveuse.

Réflexes exagérés. La recherche de ces réflexes provoque une contraction brusque de tous les membres du corps.

Cercle sénile très marqué.

Le malade est mis au lait. On le sonde deux fois par jour. Après miction, on retire de la vessie un résidu de 1.200 grammes. Le malade urine un verre en cinq ou sept mictions. Celles-ci sont très fréquentes. Urines un peu troubles.

Au début, sondage difficile. Les petites sondes seules passent ; on arrive assez rapidement à des sondes de bon calibre, 18-20.

Opéré le 1er février 1908, sous chloroforme.

Malade maigre. Taille vésicale très facile. Enucléation rapide d'une grosse prostate de 120 grammes.

Drain de Freyer.

Suites opératoires. — 1er février. — Morphine.

Pas de sang.

Lavage toutes les trois heures à l'eau boriquée ou à l'eau oxygénée. Lavage à l'eau antipyrinée parce que douleurs.

2 février. — Lavages boriqués. Pas d'hémorragie.

Rend des gaz.

3 février. — Le gros drain hypogastrique part dans une quinte de toux. On le remplace par un petit drain.

Lavage.

4 février. — Lavement glycériné ; selle. Essai de lavage par l'urètre avec la canule de Janet, sans succès.

Lavages trois fois par jour, par la plaie. Prend des potages.

5 février. — Mêmes soins. Canule de Janet impossible.

Mange du poulet.

7 février. — Lavage par l'urètre sur sonde, puis Janet.

8 février. — Lavage Janet. Passe avec une forte pression.

Pas de détritus dans la vessie. Lavages propres.

11 février. — Le drain est enlevé.

13 février. — Sonde à demeure.

16 février. — La vessie est presque fermée.

18 février. — Dans la nuit du 18 au 19 la sonde part. Le malade urine seul quelques gouttes, et un moment après un verre d'urine.

19 février. — Urine dans la journée toutes les deux heures environ.

20 février. — Urine toutes les trois heures et demie environ.

25 février. — Urine dans les vingt-quatre heures, environ 1.500 à 1.800 grammes. Urines claires, dont une ou deux mictions nocturnes. Dans la journée, urine toutes les trois heures et demie à quatre heures.

Séances de dilatation.

Sort le 28 février. Petite plaie abdominale recouverte d'une croûte.

Excellents résultats fonctionnels qui se maintiennent en octobre 1909.

OBSERVATION VIII

Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète chronique. — Extraction de quatre calculs. — Enucléation rapide de la prostate. — Mort subite neuf jours après l'opération.

M. B..., Angers, soixante-dix-neuf ans.

A été opéré il y a une dizaine d'années d'une tumeur axillaire (?) par le Dr Dezanneau.

Il y a deux ans, ayant pris trois cachets de curatine, a été pris de palpitations violentes avec tachycardie qui ne cesse qu'au bout de quelques jours.

Se lève depuis très longtemps la nuit pour uriner. Mais les troubles urinaires diurnes n'ont apparu que depuis près de deux ans. Les besoins d'uriner pendant le jour sont, eux aussi, devenus plus fréquents, en même temps que s'installait une rétention incomplète. Les troubles vont en augmentant jusqu'en septembre 1908, il se présente au moins toutes les heures pour uriner.

Il a été sondé et a un grand résidu de près d'un litre. La prostate est grosse.

Les mictions sont devenues impérieuses et douloureuses. La sonde rigide donne la sensation de pierres dans la vessie.

L'état général est assez bon.

Lavages de la vessie du 2 septembre au 8.

8 septembre. — Opération sous chloroforme.

Injection d'air dans la vessie. Incision. Ouverture de la

vessie qui fuit et est plus difficile à ponctionner que lorsqu'elle est remplie d'eau.

On retire quatre calculs.

Puis les doigts gauches sont introduits dans le rectum et la main droite procède à la décortication de la prostate.

La recherche du plan de clivage est assez difficile. Lorsqu'il est trouvé, la prostate est enlevée en un bloc avec l'urètre prostatique en cinq minutes.

Prostate pesant 80 grammes.

Peu de sang. Lavages.

Gros drain. Sutures.

Suites opératoires. — 8 septembre soir. — Sérum. Morphine. Quelques douleurs.

Pouls très rapide, près de 160. Régulier.

Température, 38 degrés.

Pas de sang ; pas de lavages.

9 septembre. — Sérum et morphine le soir.

Pouls, *idem*.

Pas de grands lavages.

10 septembre. — Sérum et morphine.

Pouls plus faible. Huile camphrée. Spartéine.

Lavage de la vessie à l'aide d'une sonde de Nélaton introduite par le gros drain.

11 septembre. Le drain a été enlevé.

12 septembre. — Lavage par la verge avec la canule de Janet.

Pouls toujours rapide, moins régulier.

On cesse le sérum.

13 septembre. — *Idem*.

14 septembre. — Le Dr Papin ordonne bromure et valériane.

Sérum.

Sondage et lavage sur la sonde.

L'orifice vésical se ferme peu à peu.

Urines claires.

Pouls toujours faible, rapide et irrégulier.

17 septembre, soir. — Après lavage, se plaint tout à coup de ne plus y voir et meurt en quelques minutes.

La vessie était presque fermée, les urines claires.

OBSERVATION IX

Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète avec crises de rétention complète. — Enucléation rapide (trois minutes) d'une grosse prostate de 150 grammes. — Guérison parfaite.

M. J..., Chazé-sur-Argos, soixante-dix ans.

Pas de maladies antérieures. Depuis sept ou huit ans, fréquence plus grande des mictions : deux ou trois mictions nocturnes. Les troubles prononcés ne datent guère que de cinq ans.

Au cours d'un voyage en chemin de fer, le malade est pris d'envie impérieuse d'uriner et ne peut satisfaire à ce besoin. On est obligé de recourir à la sonde, et la vessie est vidée artificiellement pendant quelques jours.

Depuis, les mictions diurnes et nocturnes ont augmenté de fréquence.

Le malade a eu, dans le cours de ces cinq dernières années,

plusieurs crises de rétention complète, pour lesquelles il a fait des séjours dans des maisons de santé, pendant le temps que les sondages étaient nécessaires. La miction revenait spontanément après une huitaine de jours.

Apparition de cystite et fréquence plus grande des mictions.

Les mictions se font presque toutes les heures le jour, une dizaine de fois la nuit. Urines très sales avec légère diminution de l'urée.

Bouche un peu sèche.

Cercle sénile des cornées. Artères un peu dures.

A Saint-Louis, les premiers sondages pour le lavage de la vessie sont un peu difficiles et ramènent un peu de sang.

La vessie, après la miction, renferme plus de 1/2 litre de résidu.

6 octobre 1908. — Intervention.

La vessie est remplie d'eau boriquée.

Incision suspubienne. Petite incision vésicale. La prostate est décortiquée et énucléée en trois minutes : elle pèse 150 grammes. Elle présente deux gros lobes latéraux avec l'urètre prostatique.

Lavages à l'eau et eau oxygénée. Gros drain.

Trois crins sur la peau en haut. Mèche de gaz stérilisée en bas.

Pansement.

Suites opératoires. — Pas de sang. Lavage à l'eau oxygénée.

8 octobre, matin. — Changement de mèches. Bourses un peu tuméfiées.

L'après-midi, le malade reste seul quelques instants, se lève et arrache son tube.

Mêmes lavages.

11 octobre. — On commence les lavages au Janet par la verge.

16 octobre. Sonde à demeure. On a fait depuis quatre jours des lavages de vessie avec la sonde introduite par l'urètre.

Le quinzième jour après l'opération, la vessie est complètement fermée.

A ce moment, le malade dit n'avoir pas eu conscience de ce qui s'est passé la première semaine après l'opération, notamment de s'être levé et avoir enlevé le drain.

Lorsqu'il quitte la maison de santé, il urine toutes les deux heures à deux heures et demie. Urines presque claires.

Le malade revu en juin 1909 est parfaitement bien. Pas de résidu. Bon canal admettant le numéro 50. Béniqué. Urines claires. Mictions toutes les quatre ou cinq heures.

Même bon état le 20 novembre 1909.

OBSERVATION X

Hypertrophie ? prostatique. — Cancer probable de la prostate. — Rétention complète. — Enucléation rapide d'une prostate très dure de 56 grammes. — Persistance d'une fistule qu'explique la nature plus que douteuse de l'hypertrophie. — Guérison opératoire mais échec thérapeutique.

M. G...., Longué, soixante et un ans.

Excellente santé jusqu'à l'an dernier. Depuis un an, appa-

raissent des troubles urinaires, consistant en fréquence plus grande des mictions, surtout la nuit, et retard dans l'émission des urines. Cette fréquence est cependant peu marquée jusqu'en ces derniers temps. Augmente depuis deux mois, pour devenir très prononcée il y a quinze jours.

A cette époque, il urine vingt fois par jour et autant la nuit ; besoins impérieux avec difficulté de l'émission.

Jamais de sang.

Depuis le 31 décembre 1908, rétention complète avec deux sondages par jour, et lavages boriqués. N'a jamais été sondé auparavant.

Bonne santé habituelle.

Hernie inguinale droite.

Prostate très dure, mal délimitée.

5 janvier 1909. — Lavage boriqué. Chloroforme. Vessie remplie d'oxycyanure d'hydrargyre au 3/1000.

Incision sus-pubienne. Le cul-de-sac péritonéal descend et est refoulé avec une compresse.

Incision vésicale : paroi très épaisse. La vessie est soutenue avec deux catguts passés dans la paroi, pendant que l'index droit va essayer d'énucléer la prostate que refoule l'index gauche, rectal. Le lobe gauche s'énuclée assez facilement ; le droit est très adhérent, et l'on n'extrait la prostate qu'en taillant dans ce lobe à coups de ciseaux.

Gros drain. Sutures vésicales au catgut. Petit drain inférieur. Crins. Peu de sang.

Prostate très dure, pesant 56 grammes.

Suites opératoires. — Peu de sang. Rend des gaz dans la nuit.

Température 37°2.

Chlorure de calcium et sérum artificiel.

6 janvier. — Température 37°8. Bon pouls.

Lavage à l'oxycyanure faible.

9 janvier. — Le drain est enlevé. Lavage à la sonde par la plaie.

13 janvier. — On commence les lavages par le canal. La sonde est introduite avec le mandrin.

La plaie présente des fausses membranes qui commencent à se détacher.

19 janvier. — Sonde à demeure.

23 janvier. — Douleurs à l'aine gauche. Funiculite.

L'épididyme se prend quelques jours après.

Plaie très lente à se fermer. Il persiste toujours une petite plaie vésicale par où le liquide passe dans les injections.

7 février. — Douleurs dans les mollets, surtout à gauche.

Fièvre et œdème les jours suivants. L'œdème est très marqué et remonte jusqu'au flanc gauche (Phlébite).

15 février. — Il reste une petite fistule vésicale. La plaie de l'abdomen se comble lentement. En obturant la plaie avec un tampon, le malade urine seul.

On place un tampon de chaque côté de la plaie pour coapter les deux lèvres.

Il persiste malgré tout une fistule vésicale, par où il revient, suivant les jours, soit du liquide, soit des bulles d'air lorsque la vessie est pleine et se contracte.

Sort le 12 mars, ayant encore une fistule vésicale. Encore un peu d'œdème de la cuisse gauche.

Le malade urine toutes les deux heures et demie, mais garde une fistulette intermittente, invisible, par où viennent quelques gouttes d'urine par jour.

Puis au bout de quinze jours, la fistule devient plus importante et le malade se mouille beaucoup. On remet la sonde à demeure et la fistule se ferme pendant quelque temps.

A plusieurs reprises, la fistule se rouvre, puis se referme avec la sonde à demeure.

Au mois d'août, il se fait un abcès dans la cicatrice pubienne, et, à l'ouverture de cet abcès, la vessie se vide complètement par l'hypogastre. Sonde à demeure à nouveau. La plaie suspubienne se ferme. Mais le malade qui s'est infecté par ses sondes, a constamment besoin d'uriner et pour pouvoir dormir a pris l'habitude de porter une sonde à demeure la nuit.

25 octobre 1909. — Cystostomie. La vessie ne contient pas de calculs, mais la région de la prostate est occupée par une masse étalée, dure comme du bois, complètement immobile, se perdant de chaque côté sur les parois pubiennes. Au centre l'orifice urétral est complètement inextensible.

Le malade en très bon état général gardera son ouverture sus-pubienne pendant longtemps, peut-être même toujours ; car il n'y a guère à espérer, même si la lésion est seulement inflammatoire, qu'elle rétrocède complètement.

OBSERVATION XI

Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète et calcul vésical. — Enucléation d'une prostate de 45 grammes. — Mort subite vingt-cinq jours après l'opération, avec guérison opératoire et fonctionnelle.

M. S... Quincé, soixante-douze ans.

Depuis une dizaine d'années, troubles urinaires. Début par

coliques néphrétiques nettement caractérisées, avec douleurs lombaires violentes, irradiations vers la vessie et hématurie. N'étaient calmées que par les piqûres de morphine.

Le malade en a été repris jusqu'à il y a quatre ou cinq ans.

Depuis sept ou huit ans le malade urine plus souvent ; il est obligé de se lever la nuit deux ou trois fois depuis quelque temps. Les mictions sont un peu plus rapprochées, quoique presque normales par le repos. La marche augmente la fréquence des mictions, surtout la promenade en voiture sur le pavé, avec apparition de douleurs, besoin pressant d'uriner et hématuries. La première crise s'est produite au cours d'une partie de chasse.

Lorsque le malade marche, il est obligé d'uriner à peu près toutes les heures.

Le repos espace les mictions.

Une crise de rétention passagère de vingt-quatre heures, il y a quatre ans. Le malade après une crise n'a pu uriner, et après deux sondages, la vessie s'est vidée seule.

Actuellement, le malade urine trois à quatre fois la nuit, environ toutes les trois heures le jour au repos, toutes les heures dans la marche. Urines abondantes, claires, riches en urée, avec traces légères d'albumine.

Hernie inguinale gauche ne descendant pas dans les bourses.

Le malade est gros, pléthorique. Pendant une quinzaine de jours, il suit chez lui un régime lactovégétarien. Pendant les deux jours qui précèdent l'opération, il prend 1 gr. 50 de chlorure de calcium quotidiennement.

Au toucher rectal, prostate moyenne. A la sonde, résidu de 80 grammes.

A l'explorateur, gros calcul dur et bas-fond net.

5 janvier 1909. — Lavage de vessie à l'eau boriquée.

Chloroforme.

On remplit la vessie d'oxycyanure à 1/3000.

Incision médiane, suspubienne. Refoulement du cul-de-sac péritonéal.

Incision de la vessie qui est maintenue attirée par deux fils de soie passés dans sa paroi. Extraction d'un gros calcul.

Introduction de l'index droit, le gauche étant dans le rectum, au contact de la prostate. Effondrement de la muqueuse vésicale et recherche du plan de clivage. Le lobe gauche se décortique assez facilement. La prostate ne tient plus que par son lobe droit. Un coup de ciseaux dans la paroi postérieure et le lobe droit s'énuclée aussi.

Peu de sang. La prostate est peu volumineuse : 45 grammes.

Gros drain ; trois points de catgut sur la vessie. Petit drain dans l'angle inférieur de la plaie. Crins.

Pansement.

Suites opératoires. — Soir. Peu de sang. Se mouille bien.

Température 35°8.

Rend des gaz au bout de douze heures. Pas de vomissements.

Chlorure de calcium 2 grammes. Sérum.

6 janvier. — Lavage par le drain avec sonde de Nélaton, avec oxycyanure de mercure à 1/4000.

Température 36 degrés. Pouls 112 le matin.

Le quatrième jour on enlève le gros drain.

Le huitième jour, lavage par le canal à la canule de Janet.

Belle plaie qui se déterge rapidement.

Sonde à demeure le quinzième jour.

Le vingt et unième jour le malade urine seul, sans sonde.

Urines un peu troubles. On continue les lavages deux fois par jour, mictions toutes les deux heures environ. Le malade se lève et se sent bien. Toutefois depuis huit jours la température remonte un peu, une légère douleur est apparue dans le mollet gauche, sans œdème ni cordon veineux.

La plaie abdominale étant fermée, et la miction se faisant bien, le malade se décide à rentrer chez lui. Le 1er février, en faisant sa valise, il est pris d'étouffements et meurt en quelques instants, évidemment d'une embolie.

OBERVATION XII

Hypertrophie prostatique. — Crises de rétention complète. Prostatectomie transvésicale. — Guérison.

M. B..., Lézigné, cinquante-deux ans.

Pas de maladies antérieures.

Commence à se lever la nuit pour uriner depuis une dizaine d'années. Il y a sept ans, un dimanche, après avoir bu un peu de vin blanc, il lui est impossible d'uriner.

On le sonde pendant trente-six heures. Il peut ensuite uriner seul. N'a bu ni vin, ni alcool depuis.

Il s'est toujours bien porté depuis. Dans les derniers mois,

les mictions nocturnes deviennent plus fréquentes et l'appétit du malade disparaît.

13 janvier. — Sans cause il est repris de rétention. Le Dr Rouanet, appelé quelques heures après, ne peut le sonder. Le malade arrive à la clinique Saint-Louis le 14 dans la soirée : on ne peut le sonder qu'à l'aide du mandrin. Il est sondé avec le mandrin, le 15 et le 16, deux fois par vingt-quatre heures et soigneusement lavé. Le 17, la sonde passe sans mandrin. Les urines sont claires, non infectées. La langue est devenue humide. Artères un peu dures. Malade maigre.

Prostate très saillante du côté du rectum.

18 janvier 1909. — Chloroforme.

La vessie est remplie ; le malade a un coussin sous le siège. La main gauche de l'opérateur sert pendant l'intervention à refouler la prostate au-devant de l'index droit qui effondre la muqueuse du bas-fond vésical. La prostate est énucléée en quelques minutes. Son poids est de 150 grammes.

Pas de sang. Lavages chauds à l'eau stérilisée et à l'eau oxygénée. Gros drain.

Suites normales.

Le drain est enlevé le cinquième jour. La vessie se déterge lentement et ne se bouche qu'au bout de vingt-cinq jours.

Le malade urine seul le 13 février. On le fait uriner toutes les heures et demie environ les premiers jours.

Il ne garde aucun résidu après la miction.

Troubles gastriques pendant les suites opératoires.

Quitte la clinique, le 20 février, complètement guéri.

Il est resté parfaitement bien depuis lors. Il urine une fois la nuit et quelquefois pas du tout.

OBSERVATION XIII

Hypertrophie prostatique. — Rétention complète chronique infectée. — Prostatectomie transvésicale. — Guérison.

M. B..., Saint-Martin-du-Fouilloux, soixante-dix ans.

N'a jamais été malade. Il a depuis longtemps deux hernies inguinales.

Rétention complète il y a deux ans. Après quelques mois de sondage, la vessie s'infecte et le malade est obligé d'évaquer sa vessie très fréquemment.

Il vient à la clinique Saint-Louis en été 1908, où on procède à la désinfection de la vessie et le malade se décide à la prostatectomie.

On fait préalablement la cure radicale des deux hernies inguinales qui guérissent par première intention très rapidement.

Le malade, ne souffrant plus de la vessie et se sondant seulement trois ou quatre fois par vingt-quatre heures, renonce à une intervention vésicale.

Il continue à se sonder : les besoins deviennent plus fréquents et plus douloureux, jusqu'au jour où il lui est impossible de faire pénétrer la sonde. Appelé par mon excellent ami, le Dr Estève de Saint-Georges-sur-Loire, je parviens à l'introduire.

Le malade se décide alors à l'intervention et entre à la clinique le 21 juin. Sujet maigre, grosse prostate à limites nettes. Cœur et artères en bon état.

On lave soigneusement la vessie et l'intestin pendant quatre jours et les urines deviennent presque claires.

26 juin. — Opération sous chloroforme. Prostatectomie transvésicale. Protaste rapidement énucléée. Pas d'hémorragie.

Suites excellentes et rapide guérison. Le troisième jour, ablation du gros drain.

Le lendemain, lavage par le canal. Vessie très peu infectée. Plaie très belle.

Le huitième jour, sonde à demeure.

7 juillet. — La sonde a été enlevée.

Dans un effort pour rendre un gaz, le malade urine seul. Il reste une fistulette vésicale qui se bouche après trente-six heures de sonde à demeure.

9 juillet, dans la soirée. — Mictions spontanées.

Sort complètement rétabli le 17 juillet. Le Dr Estève nous a donné des nouvelles du malade en octobre. Il est en parfait état.

OBSERVATION XIV

Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète avec calculs. — Enucléation d'une prostate de 148 grammes. — Guérison

Abbé R..., soixante-quatre ans, curé de T...

Souffre depuis plus de dix ans, d'abord de douleurs lombaires avec coliques néphrétiques bien caractérisées, puis de troubles vésicaux. Pollakiurie et hématuries provoquées surtout par la marche.

Il y a trois ans, le Dr Brin pratique la taille sus-pubienne

pour gros calcul. Peu après, il est repris de coliques néphrétiques, élimine quelques petits calculs, mais au bout de quelques mois est repris des mêmes symptômes.

L'an dernier, lithotritie d'un petit calcul (juin).

Le malade reste jusque vers le mois de janvier assez bien portant, urinant cependant une ou deux fois la nuit, fréquemment le jour. Puis, la fatigue, la marche recommencent à provoquer des douleurs très violentes avec besoins impérieux d'uriner et quelques hématuries terminales. Lorsque le malade ne satisfait pas immédiatement son besoin, il a ensuite une grande difficulté à uriner.

Depuis quelque temps, les besoins se répètent plus fréquemment, au point que quelques pas les provoquent.

Grosse hernie inguinale gauche, maintenue par un bandage.

Préparation pendant huit jours. Sonde à demeure, puis sondages et lavages. Urotropine.

19 juillet 1909. — Chloroforme.

Incision sus-pubienne. Le cul de-sac péritonéal est refoulé. Ouverture de la vessie préalablement remplie d'air. On retire quinze petits calculs.

L'index gauche est introduit dans le rectum. L'index droit effondre la muqueuse vésicale. Difficulté à trouver le plan de clivage. On extrait d'abord un petit lobe médian, puis chaque lobe est décortiqué et extrait, le droit d'abord, le gauche ensuite qui tient par l'urètre. L'énucléation seule dure une demi-heure.

Grosse prostate pesant 148 grammes.

Lavages à l'eau bouillie chaude et à l'eau oxygénée.

Gros drain avec petit tube latéral (tube de Marion) pour lavage.

Suture de la vessie au-dessous du drain en deux places.

Crins sur la peau à la partie supérieure de la plaie.

Lavages à l'eau boriquée et à l'eau oxygénée. Le malade ne se mouille pas, avec le nouveau tube.

22 juillet. — Le gros drain est enlevé. Lavage à la sonde de Nélaton.

24 juillet. — La vessie a tendance à se refermer alors que le fond se vide mal.

On replace un drain, puis une sonde de Nélaton. Lavage par l'urètre.

27 juillet. — Sonde à demeure.

Le malade a quelques coliques qu'il attribue à sa hernie, il applique son bandage. Funiculite, puis orchite gauche.

30 juillet. — La vessie est presque refermée.

Les lavages par la sonde ne reviennent pas par la plaie vésicale. La sonde est enlevée.

Le malade urine seul, mais fait effort et le liquide repart par la plaie.

On replace la sonde à demeure, le lendemain, et le malade urine seul le 4 août.

Pas de résidu après les mictions. Les urines sont toujours un peu sales ; le malade ne consent pas à avoir des lavages quotidiens depuis qu'il urine seul.

Le malade revu en octobre est enthousiasmé de son état. Mictions toutes les quatre ou cinq heures, quelquefois toute la nuit sans uriner.

OBSERVATION XV

Rétention nécessitant les sondages toutes les heures. — Infection vésicale. — Calculs mixtes. — Prostatectomie vésicale. — Prostate pesant 200 grammes. — Guérison.

M. G..., La Pommeraie, quatre-vingt et un an.

A eu autrefois des coliques néphrétiques et des calculs vésicaux pour lesquels il a été lithotritié deux fois : la première fois en 1892 et la deuxième fois, il y a huit ans.

Il n'a jamais été complètement soulagé à la suite de cette seconde intervention ; et peu après a recommencé à souffrir de la vessie. Il a présenté surtout des symptômes de pierre. Il souffrait beaucoup avec besoins impérieux d'uriner, principalement par la fatigue, la marche, et surtout la voiture. Depuis ces dernières années surtout, les troubles augmentent et les mictions deviennent de plus en plus difficiles. Quelques mictions nocturnes.

Enfin, il y a trois mois, rétention complète des urines. Depuis, le malade se sonde, d'abord peu souvent. Depuis une quinzaine, les besoins se montrent très fréquents, et le malade a recours à la sonde au moins toutes les heures. Dans l'intervalle des sondages, quelques gouttes d'urine.

Entre à la clinique Saint-Louis, où on désinfecte sa vessie.

Un soir, difficulté très grande à passer la sonde ; hémorragie et fausse route. On parvient à le sonder au bout d'une heure ; après avoir introduit dans la fausse route une petite

bougie, et fait glisser la sonde le long de cette bougie. La manœuvre du mandrin n'avait pas réussi.

12 août 1909. — Chloroforme.

La vessie est remplie. Coussin sous les fesses.

Sujet très gras.

Incision sus-pubienne. Le cul-de-sac péritonéal est maintenu en haut. Incision de la vessie. Difficulté très grande pour décortiquer la prostate à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale et du volume de la prostate.

L'index gauche est dans le rectum et refoule la prostate. Celle-ci n'est extraite qu'en vingt-cinq minutes. On retire d'abord quelques portions du lobe médian et séparément le lobe gauche et le lobe droit. Poids 200 grammes.

Gros drain. Le drain ordinaire est à peine assez profond.

Le deuxième jour, le drain trop court a quitté la vessie. Il est enlevé et le malade se mouille. Lavage à la sonde de Nélaton par la plaie suspubienne.

17 août. — Lavage à la canule de Janet par l'urètre.

21 août. — On passe une sonde par le canal. Lavage de la vessie. On laisse la sonde à demeure.

La sonde ne fonctionne pas toujours également, le malade se relevant souvent dans son lit.

La plaie de l'abdomen a toujours été très belle. Pas de fausses membranes ; elle est très rouge et bourgeonnante. Vessie propre.

La plaie vésicale se referme assez vite.

Dès le 25, on constate que la vessie garde le liquide injecté par la sonde.

27 août. — Il revient à peine quelques bulles d'air, lorsqu'on remplit la vessie par la sonde.

28 août. — Au matin, la plaie est complètement étanche. La vessie est remplie d'eau et la sonde enlevée. Une heure après, le malade a une miction. La vessie est fermée.

Il urine fréquemment, toutes les heures, ou heures et demie. Les mictions sont douloureuses, cuisantes.

Lavages deux fois par jour.

En quelques jours, les mictions deviennent insensibles. La plaie abdominale se comble rapidement.

10 septembre. — Le malade rentre chez lui, en bon état, sauf un commencement d'orchite qui a évolué en quelques jours.

30 octobre. — M. G... urine une fois par nuit, toutes les quatre ou cinq heures pendant le jour. Urines claires. Pas de résidu. Il a surveillé lui-même ses vendanges et repris sa vie active dans un état vésical qu'il ne connaissait plus depuis quinze ou vingt ans.

OBSERVATION XVI (Résumée.)

Rétention chronique incomplète infectée avec distension, transformée par le sondage en R. complète. Prostatectomie suspubienne. Guérison opératoire ; succès thérapeutique parfait.

Ce malade, dysurique depuis longtemps, entre à l'Hôtel-Dieu, au commencement d'août, dans le service du Dr Mâreau suppléé par le Dr Brin.

Il est rétentionniste incontinent, ses urines sont sales, et à plusieurs reprises, il a eu de la fièvre avec frissons et langue sèche. Quand il entre à la salle Saint-Côme, son état général est très mauvais, ses joues pâles, les facultés cérébra-

les un peu éteintes et l'opération paraît impossible. Pourtant au bout de trois semaines de sondages, lavages, et de régime lacté, le vieillard, devenu rétentionniste sans incontinence, se sent mieux, plus fort et réclame lui-même l'intervention. Les urines sont plus claires, la langue est humide.

Prostatectomie suspubienne le 25 août.

Enucléation rapide d'une prostate de 70 grammes.

Drain de Marion. Pas de suture vésicale.

Le malade se relève vite de l'opération qui a été presque exsangue.

Les soins post-opératoires ont été donnés avec dévouement par un personnel peu habitué, et le malade a guéri complètement en vingt-sept jours.

Le résultat fonctionnel, fin octobre, était parfait. Pas de résidu.

OBSERVATION XVII

Hypertrophie prostatique. — Rétention complète récente au cours d'une rétention incomplète chronique. — Diabète. — Enucléation d'une prostate de 35 grammes. — Guérison.

M. P..., Chalonnes, soixante-neuf ans.

Troubles urinaires depuis au moins dix ans : d'abord, plus grand nombre de mictions, mictions nocturnes et difficulté d'émettre les urines.

Ces divers troubles n'ont fait qu'augmenter, et le malade accuse surtout depuis deux ou trois ans des besoins plus fréquents d'uriner avec nécessité de les satisfaire dès que l'en-

vie se fait sentir. Si le malade retarde la miction de quelques instants, il ne peut uriner, et malgré ses efforts, il n'émet pas d'urines souvent avant dix minutes ou un quart d'heure d'attente. Il urine ainsi six ou sept fois le jour et le plus souvent trois fois la nuit.

22 août. — Il est pris d'un besoin d'uriner, tarde un peu et ses efforts restent vains. Quelques minutes après, il essaie de nouveau, et après un quart d'heure, il n'émet que quelques gouttes. Il a constamment besoin d'uriner dans la soirée, sans pouvoir le faire.

Il fait appeler le Dr Meignant qui le sonde et l'envoie à la clinique Saint-Louis.

Rétention complète des urines et sondages qui doivent être répétés toutes les cinq ou six heures.

Bon état général. Urines peu septiques, mais contenant un peu de sucre. Traitement médical antipyriné.

30 août 1909. — Chloroforme.

Coussin sous les fesses. Vessie remplie de liquide.

Prostatectomie rapide et facile. On enlève d'un seul bloc, en quatre minutes, une petite prostate de 35 grammes.

Pas d'hémorragie.

Gros drain. Suture de la vessie.

Crins sur la partie supérieure de la plaie.

Suites opératoires. — 30 août. — Lavages à l'eau bouillie chaude et à l'eau oxygénée.

31 août. — *Idem.*

Toux, trachéite.

2 septembre. — Le gros drain est enlevé.

Lavage par l'urètre à la canule de Janet.

6 septembre. — Sonde à demeure. La vessie est assez pro-

pre. La plaie du ventre est recouverte de fausses membranes.

Eruption furonculeuse partout où l'urine entre en contact avec la peau : abdomen et fesses.

9 septembre. — La plaie ne se déterge pas. La vessie ne laisse pas écouler facilement le résidu sale du fond. On enlève la sonde, et on laisse le malade se mouiller. Lavage par le canal avec le Janet.

Douleurs dans l'aine droite. Coliques avec un peu de diarrhée. Funiculite et orchite droites.

11 septembre. — On remet la sonde qui ne fonctionne pas toujours très bien ou goutte à goutte, le malade ayant un furoncle de la région sacrée et changeant fréquemment de position.

18 septembre. — La sonde est enlevée et le malade urine seul toutes les heures et demie. Dans la soirée en urinant, il s'échappe encore quelques gouttes par le ventre. La fistulette se ferme spontanément.

20 au 21 septembre. — Les mictions se font par la verge sans qu'il revienne rien par l'abdomen.

Le malade part le 26 septembre avec une vessie fonctionnant très bien. Il garde une plaie sacrée en bonne voie de guérison et son orchite est encore douloureuse.

Le Dr Meignant nous apprend à la fin d'octobre que le malade est dans un état vésical parfait, mais il a été obligé d'inciser le testicule qui a suppuré.

OBSERVATION XVIII

Hypertrophie prostatique. — Rétentionniste distendu
Enucléation d'une prostate de 72 grammes. — Guérison

M. B... Corné, soixante-neuf ans.

Urine plus fréquemment depuis sept ou huit ans ; se lève la nuit. Il y a cinq ans, rétention brusque et complète des urines. Le Dr Léger sonde le malade pendant une quinzaine de jours et lui fait des lavages de la vessie. Après quoi, il recommence à uriner seul. Depuis a toujours été gêné, urinant souvent et difficilement. Depuis l'an dernier éprouve souvent des picotements dans la verge et des besoins d'uriner fréquents et impérieux. Il urine avec peine, sans jet, et seulement quelques gouttes. Depuis un mois, il se sonde avec une grosse sonde (pour dilater le canal). Il passe la sonde une ou deux fois le jour. Il infecte sa vessie, a des besoins très fréquents et fait des poussées de fièvre.

Affaiblissement de l'état général, dégoût très prononcé de la nourriture, soif vive, bouche sèche et mauvaise.

Entre à la clinique avec température 39 degrés environ, urines très infectées. M. B... est un rétentionniste distendu (environ 1500 gr.) vidant son trop-plein. Sonde à demeure pendant quarante-huit heures. Puis, quatre sondages lavages par jour. Le malade n'urine pas spontanément entre les sondages.

La fièvre tombe, les urines deviennent à peu près propres. L'état général est meilleur, et sur les instances du malade

qui ne veut plus attendre, on fait, le 4 septembre 1909, la prostatectomie transvésicale.

Décortication facile de chaque lobe qui est enlevé séparément. La décortication de chaque lobe demande à peine deux minutes. Les deux lobes pèsent 72 grammes.

Petite hémorragie qui cède rapidement aux lavages chauds et à l'eau oxygénée.

Drain. Suture de la partie inférieure de la vessie. Crins sur la partie supérieure de la plaie.

Lavages chauds par le tube.

Le drain est enlevé au bout de quarante-huit heures. Lavages par le haut.

8 septembre. — Essai de lavage de Janet, un peu de sang.

9 septembre. — Essai de lavage de Janet, pas de sang.

11 septembre. — Sonde à demeure qui ne peut être introduite qu'à l'aide du mandrin.

Plaie bien détergée.

15 septembre. — Vessie encore sale. La sonde est enlevée pendant deux jours durant lesquels le malade est lavé par la plaie et par l'urètre à la canule de Janet.

18 septembre. — Sonde à demeure. La vessie se ferme rapidement.

21 septembre. — Le malade urine par la verge. La plaie vésicale est complètement fermée et la plaie abdominale presque guérie.

24 septembre. — Le malade part. Il urine sans difficulté deux fois dans la nuit ; toutes les trois heures et demie ou quatre heures le jour. Aucun résidu.

Fin octobre. — Une seule miction nocturne et pendant le jour, une miction toutes les quatre heures environ.

OBSERVATION XIX

Hypertrophie prostatique. — Rétention complète infectée. — Polyurie trouble. — Prostatectomie suspubienne (prostate de 150 grammes). — Guérison opératoire et fonctionnelle.

M. V..., soixante-dix-sept ans et six mois. Noirmoutiers.

A longtemps habité la Chine, y a contracté une dysenterie grave, et une diarrhée chronique. Pas d'autres affections ; Blennorragie ancienne sans suites fâcheuses Noirmoutiers.

Fait beaucoup de sports ; de la bicyclette d'abord, puis du quadricycle. C'est au cours d'une course en quadricycle qu'il a ressenti les premiers troubles urinaires. Il y a six ans, dans un voyage de Paris à Noirmoutiers en quadricycle, il a éprouvé des besoins fréquents d'uriner. Après le voyage, tout est rentré dans l'ordre.

Il y a cinq ans, pendant une promenade en automobile, mêmes symptômes. Besoins fréquents d'uriner sans mictions abondantes. Lassé d'essayer si souvent de satisfaire ses envies, il se retient : il est alors pris de douleurs dans le bas-ventre et la verge, et lorsqu'il veut uriner, c'est du sang pur. Il se repose le reste de la journée et cette crise cesse.

En dehors de ces crises qui semblent provoquées, pas de troubles urinaires, jusqu'à il y a deux ou trois ans. Ce n'est que depuis cette époque que le malade urine un peu plus souvent le jour et surtout la nuit où il est obligé de se lever une et souvent deux fois. Il n'accuse pas de lenteur de la miction.

Il se rappelle encore qu'il y a un ou deux ans, au cours d'un voyage en chemin de fer, il urina quatorze fois en cinq heures, et fut pris de fièvre.

En été 1908, plus fatigué, il va consulter le Dr Desnos. Il arrive à Paris anéanti, sans forces et sans aucun appétit. Desnos ne conseille pas d'opération.

Il reprend des forces, et sa vie s'écoule toujours avec les mêmes troubles urinaires jusqu'au mois de mai dernier.

En mai 1909, le malade essaie d'uriner un matin à 4 heures : impossible. Son médecin essaie le sondage à 8 h. 1/2 sans aucun résultat. Il est alors transporté à Nantes où le Dr Malherbes essaie en vain le sondage, et fait la ponction de la vessie d'où il retire 2 lit. 1/2 d'urine.

On réussit ensuite à passer la sonde que le malade garde à demeure pendant dix-huit jours. Le 2 juin, résection des canaux déférents.

Rétention complète à dater de cette époque, avec des poussées d'infection, qui nécessitent quelques jours de sonde à demeure.

Il y a un mois, lavage de la vessie avec une solution de sublimé ; ce lavage est très douloureux et est suivi d'une vaginalite droite.

Le malade est sondé six ou sept fois par jour et lavé soit au permanganate, soit à l'eau boriquée.

Bon état général. Cœur assez régulier : rares intermittences.

Artères assez souples.

Urines un peu pâles, contenant du pus en légère quantité ; trois litres par jour. Urée, 12 à 13 grammes par litre.

(Le malade se nourrit de légumes et de poisson depuis cinq ans.)

Canal de l'urètre large. Prostate très grosse.

12 octobre. — Prostatectomie suspubienne.

La vessie ouverte, dans chaque lèvre est passée une soie qui soutient la vessie pendant que le doigt décolle la prostate. La prostate est enlevée en deux gros lobes, en six minutes. Le lobe gauche est plus adhérent dans le fond, et la partie énuclée ne semble pas très lisse. La loge prostatique à cet endroit ne donne pas non plus une sensation de surface lisse. La prostate pèse 150 grammes.

Lavages chauds. Saigne moyennement. Gros drain. Les fils de soie sont fixés sur deux tampons de gaze et maintiennent la vessie derrière la paroi. Pas de suture de la vessie. Fixation du drain à la peau. Crins sur le gland pour la sonde à demeure future.

Suites opératoires. — Un peu de sang les jours suivants. Huile camphrée et morphine.

15 octobre. — Drain plus petit dans la vessie. Le malade se mouille.

16 octobre. — Appareil d'Irving.

18 octobre. — On commence les lavages par la verge, un lavage sur sonde ; liquide un peu sanguinolent.

Le soir, on met la sonde à demeure. La plaie est très belle ; le vessie n'est pas sale. Sous l'appareil, la plaie semble vouloir se refermer très vite.

23 octobre. — La vessie est fermée. Le malade urine seul toutes les heures. Les piqûres de morphine sont cessées depuis quelques jours et remplacées par de l'eau. Le malade dort mal.

Troisième semaine. — Le malade s'affaiblit, semble faire de l'urémie ; intermittences cardiaques ; poussées fébriles ; suppression de l'urine ; secousses musculaires ; céphalalgie, vomissements.

On met plusieurs fois par jour des ventouses sur les reins, surtout sur le gauche qui est plus douloureux. Boissons chaudes abondantes et spartéine.

Le malade s'améliore ; les urines deviennent plus abondantes, mais contiennent de grandes quantités d'albumine.

8 novembre. — A la suite d'une violente douleur, il expulse un calcul urique et de l'urine très purulente. Le lendemain, l'amélioration devient plus nette ; les intermittences cardiaques sont plus rares. Le malade prend plus de lait et l'urine devient rapidement plus claire et moins albumineuse.

12 novembre. — M. V... commence à se lever et à se nourrir un peu avec des œufs, du pain déchloruré, des laitages. Les forces reviennent. Les nuits sont meilleures. Mictions toutes les deux heures environ, sans aucun résidu.

L'examen histologique de la prostate par le Dr Papin, démontre un épithélioma.

20 novembre. — Le malade peut être considéré comme guéri ; mais comme il désire rester à la clinique jusqu'au retour complet des forces, on continue un lavage boriqué par jour.

18 décembre. — Il rentre à Noirmoutiers, n'ayant plus de soins vésicaux depuis près d'un mois. Urines claires. Pas de résidu.

OBSERVATION XX (Résumée)

Rétention incomplète, peu infectée avec crises de rétention complète. — Prostatectomie suspubienne. — Guérison

M. G.., soixante-trois ans, cultivateur, Chaumont (Maine-et-Loire.

M. G... n'a jamais été malade. Pas d'antécédents vénériens. Relativement sobre. Commence à se lever plusieurs fois par nuit, il y a trois ans. Le début de la miction est plus lent dès cette époque. Il y a un an, crise de rétention complète, que le Dr Rouane de Seiches (Maine-et-Loire) traite par le cathétérisme aseptique et guérit en huit jours. Les mictions depuis lors sont plus fréquentes et plus difficiles. Au commencement de septembre, rétention complète. A nouveau le Dr Rouane guérit la rétention par le sondage. Mais cette fois, le malade a eu la fièvre et une orchite, durant trois jours.

Depuis ce moment, mictions cinq ou six fois la nuit, pénibles et difficiles.

Le malade, très pléthorique, garde après la miction un résidu de 300 grammes. Grosse prostate

Il suit pendant quinze jours un régime lacto-végétarien avec grands lavages intestinaux.

5 novembre. — Les urines dans la quantité de 2 litres, ne contiennent ni albumine, ni sucre. Comme urée 11 gr. 76 par litre et comme chlorure 9 gr. 42.

6 novembre. — Prostatectomie sous chloroforme.

Position horizontale avec coussin fessier. Vessie remplie d'air.

Petite incision de la paroi abdominale.

Incision petite et haute de la vessie dont les deux lèvres sont traversées par des fils.

Enucléation en cinq minutes d'une prostate de 70 grammes. Pétrissage de la région prostatique.

Mise en place du tube de Marion. Un seul crin suture la partie supérieure de la plaie abdominale.

Lavage à l'eau oxygénée et à l'eau bouillie.

Le malade reporté dans son lit s'agite comme un fou dans son ivresse chloroformique et perd une quantité énorme de sang, peut-être 1 litre, peut-être même plus.

Son pouls est misérable et le facies couvert de sueurs froides.

Un litre de sérum, de l'huile camphrée et de l'éther sont injectés, et le malade devenant calme, on espère l'arrêt spontané de l'hémorragie, arrêt qui se produit en effet en quelques heures.

Pas de lavages le premier jour pour respecter les caillots.

Le deuxième jour le malade est très bien et se plaint seulement d'épreintes dues au tube.

10 novembre. — Quatrième jour, appareil d'Irving.

16 novembre. — Dixième jour. Sonde à demeure.

17 novembre. — La température qui jusque-là n'avait pas dépassé 37°2, monte à 38 degrés ; c'est que la sonde ne fonctionne pas bien, on la change.

20 novembre. — Au soir, sonde enlevée. La vessie est fermée. Dans la nuit grand frisson. Température 40 degrés.

21 novembre. — Sonde replacée. Température matin 37°8 ; soir, 37°8.

22 novembre. — Tout est rentré dans l'ordre.

23 novembre. — Sonde enlevée définitivement.

Le malade urine d'emblée toutes les trois ou quatre heures, sans aucune difficulté, sans résidu.

28 novembre. — Il rentre chez lui, très content de son sort.

15 décembre. — Etat général et vésical parfaits.

OBSERVATION XXI

Rétention complète peu infectée. — Prostatectomie sus-pubienne. — Guérison

M., L..., soixante-trois ans, prêtre. Coron (Maine-et-Loire).

Ancien calculeux ayant subi il y a deux ans une taille hypogastrique pour un calcul urique de 152 grammes. Guérison par première intention. Mais depuis que la vessie est débarrassée de son corps étranger, elle fonctionne avec paresse en même temps que le nombre des mictions devient plus grand. Au bout de six mois, M. L... devient rétentionniste incomplet avec résidu de 200 à 400 grammes, très purulent. En même temps, la santé décline et l'amaigrissement se produit rapidement. Sous l'influence de lavages bi-quotidiens, l'état général s'améliore et les urines deviennent plus claires. Le malade en arrive à la rétention complète au mois de juin 1909 et à partir de ce moment, le cathétérisme est nécessaire cinq à six fois par jour.

3 novembre. — Le malade entre à Saint-Louis. Son état

général paraît très bon ; le facies trop rouge cependant. Le pouls est plein.

La prostate paraît grosse au toucher rectal et à l'explorateur métallique.

Urines 1.800 grammes dans les vingt-quatre heures, contenant 15 grammes d'urée et 11 gr. 90 de chlorures au litre. Un peu d'albumine et des leucocytes.

6 novembre. — Opération. La vessie est remplie d'air. Incision sur la cicatrice. On arrive facilement sur la vessie qui a contracté des adhérences. Soies sur les lèvres de la vessie. Enucléation d'une petite prostate de 30 grammes. Peu de sang.

Lavages. Drain de Marion.

7 au 9 novembre. — Lavages de la vessie par l'abdomen.

9 novembre. — Mise en place de l'appareil d'Irving.

Il s'est toujours écoulé depuis l'opération quelques gouttes de sang par la verge.

12 novembre. — On commence les lavages de la vessie par le canal avec la sonde de Nélaton.

Belle plaie. Vessie un peu sanguinolente. Urotropine à l'intérieur.

Mêmes soins les jours suivants.

18 novembre. — Sonde à demeure.

20 novembre. — Ablation de la sonde. La vessie est fermée.

Le malade se lève, urine d'emblée, toutes les trois heures des urines très concentrées.

On lui donne de l'eau de Vittel et de l'huile goménolée.

L'urine devient plus abondante et plus claire.

Chaque jour, deux lavages vésicaux à l'eau boriquée. Pas de résidu.

Le malade part le 1er décembre 1909, urinant trois fois par nuit et toutes les quatre heures pendant le jour. Il est soumis à l'action de l'eau de Vittel et cela explique ses besoins.

La température n'a atteint 37°7 qu'une fois, le deuxième jour, et la guérison est survenue sans aucune complication.

OBSERVATION XXII

Prostatique distendu, incontinent, infecté. — Prostatectomie suspubienne. — Guérison opératoire

M. B..., cinquante-sept ans, cultivateur. La Tourlandry (M. et L.)

M. B... n'a jamais été malade. Pas d'antécédents vénériens. Pas d'alcoolisme.

Depuis très longtemps, le bas-ventre était douloureux, d'une façon constante, peut-être depuis une dizaine d'années. Il y a cinq ou six ans, les mictions nocturnes se produisent deux ou trois fois. Souvent le malade a de la difficulté pour uriner la nuit.

Depuis deux ans, mictions de plus en plus fréquentes, disparition de l'appétit et des forces.

En juillet 1908, mictions très difficiles ; le malade est obligé de se présenter à la selle pour uriner.

Depuis avril 1909, incontinence nocturne et diurne. Po-

lyurie de 5 à 6 litres par jour. Le malade assoiffé constamment boit des doses considérables de liquide.

Il est sondé par un chirurgien d'Angers, fin août et renvoyé chez lui. Un mois sans sondage.

Le malade se sonde alors lui-même cinq ou six fois, se fait saigner un peu et la fièvre apparaît avec des frissons très intenses mais assez courts.

Pendant dix jours, le Dr Brochard, de Chemillé, fait une fois par jour des lavages antiseptiques et finit par laisser la sonde à demeure.

La température dépassait souvent 39 degrés.

4 novembre. — Le Dr Brin voit M. B... dans un état extrêmement grave. Il a des frissons fréquents, la langue est sèche et collée, les pommettes sont rouges, le pouls rapide. La vessie bien lavée et vidée, on pratique le toucher rectal et on constate une prostate saillante, bien limitée.

Le malade entre aussitôt à la clinique. Un essai de sonde à demeure est mal toléré et on se contente de sonder le malade quatre fois par jour. Si la sonde n'est pas laissée à demeure la nuit, il y a 1.200 à 1.500 grammes d'urine dans la vessie le lendemain matin.

Malade maigre de tempérament, amaigri encore depuis quelques mois.

Au bout de cinq jours de régime lacté, de lavements quotidiens et de lavages vésicaux, l'état général reste précaire, bien que la fièvre ne dépasse plus 37°5 et qu'il n'y ait plus de frisson. Mais la langue est toujours très sèche et le malade a eu deux vomissements.

On parle au malade d'une cystostomie préalable. Devant

son horreur de ce procédé, on continue la même préparation et on voit enfin la langue s'humidifier.

11 novembre. — Trois litres d'urine avec 15 grammes d'urée et 3 gr. 40 de chlorures par litre. Ni albumine ni sucre.

16 novembre. — *Opération.*

Ablation rapide d'une prostate de 45 grammes. Drain de Marion avec deux fils suspenseurs de la vessie. Aucune suture vésicale.

Pas d'hémorragie.

Ablation du drain le quatrième jour. Les lavages se sont faits par le petit tube sans souiller le malade.

Le cinquième jour, mise en place de l'appareil d'Irving qui n'est pas tout à fait étanche à cause de la maigreur du malade.

Le douzième jour (28 novembre). — Sonde à demeure qui fonctionne bien.

Le seizième jour (2 décembre). — La vessie est fermée et le malade urine seul.

L'état général est très bon ; le malade est très gai, n'a plus la bouche sèche, mais, comme il y a un peu d'albumine et quelques douleurs des globes oculaires avec un peu de tension oculaire, on maintient le régime lacté avec pain déchloruré.

La plaie abdominale est toute petite, mais encore creuse.

La température a atteint 37°8 une fois, le deuxième jour, et n'a jamais dépassé 37°3.

Il n'y a eu aucune inflammation des testicules.

Le malade rentre chez lui le 10 décembre en excellent état, sans albumine, ayant le régime commun et pissant toutes les 4 heures, sans résidu.

CONCLUSIONS

La prostatectomie transvésicale est une excellente opération :

a) Elle est simple comme technique ;

b) Elle est rapide, ce qui est un grand avantage, car elle s'adresse à des malades généralement âgés et affaiblis qui ne peuvent, sans risques, rester longtemps, sous l'influence des anesthésiques ;

c) Les résultats fonctionnels sont excellents. Rapidement, les opérés recouvrent leurs mictions spontanées et vident complètement leur vessie ;

d) Une fois opérés, les malades n'ont pas à subir de retouches, comme à la suite de la prostatectomie périnéale (fermeture de fistules et fistulettes, redressement ou recalibrage du canal) ;

e) Au cours de l'opération, on peut procéder à l'examen complet de la vessie, et mieux qu'avec la périnéale, en extraire tous les calculs qui s'y trouvent si fréquemment ;

f) Après l'opération, le malade n'a plus à souffrir ; les pansements ne sont pas douloureux ;

g) L'appareil d'Irving met à l'abri de l'inondation

d'urine que l'on a tant reprochée au début à la prostatectomie transvésicale ;

h) Les échecs thérapeutiques deviendront de plus en plus rares au fur et à mesure que les médecins se décideront à confier au chirurgien des malades qui ne seront pas trop gravement atteints. Et nous sommes certain qu'alors les statistiques seront assez brillantes pour décider les plus incrédules.

Vu : le Président de la thèse
SEGOND

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Imp. de la Faculté de médecire Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE